

**Elintapaohjaus
suu- ja leukakirurgisilla potilailla
Kirjallisuuskatsaus**

Johanna Kostia

Opinnäytetyö
Toukokuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (ylempi AMK), terveyden edistäminen

| | | |
|---|--|--|
| Tekijä(t) Kostia, Johanna | Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK | Päivämäärä Toukokuu 2020 |
| | Sivumäärä 59 sivua + Liitteet 16 sivua | Julkaisun kieli Suomi |
| | | Verkojulkaisulupa myönnetty: 5/2020 |
| Työn nimi Elintapaohjaus suu- ja leukakirurgisilla potilailla Kirjallisuuskatsaus | | |
| Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitaja (ylempi AMK), terveyden edistäminen | | |
| Työn ohjaaja(t) Punna, Mari & Mantsinen, Christina | | |
| Toimeksiantaja(t) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) | | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Elintapaohjauksesta hyötyvät sairastumisvaarassa olevat ja jo sairastuneet. Purentavirheitä ja kasvojen poikkeavuuksia korjataan erikoissairaanhoidossa oikomishoidon ja kirurgisen leikkauksen yhdistelmähoitona. Elintavat vaikuttavat koettuun elämänlaatuun. Perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidossa tulee olla valmiuksia elintapaohjaukseen. Purentavirheistä johtuvat pään ja kasvojen alueen oireet ovat yhteydessä elämänlaatuun eli fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintaan.</p> <p>Tarkoituksena oli kehittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suu- ja leukakirurgian klinikan purennankorjauspotilaan ohjausta elintapojen näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa elintapaohjauksesta, jota on toteutettu terveydenhuollon ympäristössä ja selvittää, millä tavoin elintapaohjausta voidaan toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla. Integratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan 16 kansainvälistä tutkimusta Cinahl, Medic, PubMed ja Cochrane tietokantoja käyttämällä.</p> <p>Tulosten mukaan ryhmäohjaus lisäsi tuen vaikuttavuutta. Yksilöohjauksesta oli hyötyä jokaisella elintapaosa-alueella. Mikäli ammattilaisilla ei ollut tietoa ja taitoa ohjata tai potilailla oli motivaation puutetta, ohjauksesta ei koettu olevan hyötyä. Ohjauksen tueksi toivottiin kirjallista materiaalia, niitä tuli kuitenkin hyödyntää tarkoituksenmukaisissa kohdissa. Puhelinohjaus koettiin mielekkääksi ja hyödylliseksi. Etä- / digiohjaus auttoi potilaita hahmottamaan hoidon kokonaisuutta ja oli ammattilaisten näkökulmasta toimiva seurantamenetelmä. Tällä ei kuitenkaan saavutettu toivottuja terveysvaikutuksia veriarvojen tasolla. Motivoivan haastattelun avulla ylläpidettiin hoitoa. Elintapaohjauksessa tulisi huomioida potilaan voimavarat, motivaatio, käyttäytyminen, vuorovaikutus, tuen tarve, luottamus ja ympäristö.</p> <p>Johtopäätöksinä voitiin todeta, että ryhmäohjaus, puhelinohjaus, kirjallinen materiaali sekä digiohjaus ovat hyödynnettävissä olevia ohjausmenetelmiä purennankorjauspotilaalle. Ohjausmenetelmien yhdistäminen ja elintapaohjauksen sisällön lisääminen 2–4 vuotta kestävään hoitopolkuun mahdollistaa terveyden edistämisen ja hoidon laadun paranemisen.</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) Elintapaohjaus, neuvonta, purennankorjaus | | |
| Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet) - | | |

| | | |
|---|--|---|
| Author(s) Kostia, Johanna | Type of publication Master's thesis | Date may 2020 |
| | | Language of publication: Finland |
| | Number of pages 59 + attachments 16 pages | Permission for web publication: 5/2020 |
| Title of publication Lifestyle guidance for patients with oral and maxillofacial surgery A literature review | | |
| Degree programme Master of Health Care (Nursing), Health Promotion | | |
| Supervisor(s) Punna, Mari & Mantsinen, Christina | | |
| Assigned by Helsinki University Hospital (HUS) | | |
| <p>Abstract</p> <p>Those who are in danger of falling ill and who already are ill will benefit from lifestyle guidance. Malocclusions and facial abnormalities are fixed with the combination of orthodontic treatment and surgery. The experienced quality of life is influenced by lifestyle. In specialized healthcare, there must be readiness for lifestyle guidance in addition to basic healthcare. Head and facial region symptoms are connected to quality of life, in other words, to physical, psychological and social activities.</p> <p>The purpose was to develop orthodontic patients' guidance from the perspective of lifestyle habits in The Oral and Maxillofacial Surgery Clinic of the Helsinki University Hospital. The aim was to produce information on lifestyle guidance in a healthcare environment and examine the ways in which lifestyle guidance could be given to orthodontic patients. 16 international studies were included in the integrative literature review by using the Cinahl, Medic, PubMed and Cochrane databases.</p> <p>According to the results, group guidance increased the effect of the support. Individual guidance was beneficial in every aspect of lifestyle. Guidance was not experienced useful if the professionals did not have the knowledge and skills of how to guide or if the patients lacked motivation. Written materials were hoped for in addition to guidance, but they should be used at appropriate times. Telephone guidance was found sensible and useful. Remote and digital guidance increased the patients' understanding of the entirety of the treatment, and from the professionals' perspective, it was a practical monitoring method. However, it did not accomplish the desired health impacts in blood count. Motivating interviews supported the treatment. In the results, it was emphasized that in lifestyle guidance, one should consider the patients' resources, motivation, behavior, interaction, need of support, trust and environment.</p> <p>In conclusion, group guidance, phone guidance, written materials and digital guidance are guidance methods that can be used with orthodontic patients. Combining different guidance methods and adding lifestyle guidance content to the 2-4-year-long care pathway enables health promotion and improvement of the quality of the treatment.</p> | | |
| Keywords/tags (subjects) lifestyle guidance, advice, orthognathic | | |
| Miscellaneous (Confidential information) - | | |

Sisältö

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Johdanto..... | 3 |
| 2 | Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset..... | 5 |
| 3 | Teoreettis-käsitteelliset lähtökohdat | 5 |
| 3.1 | Potilasohjaus | 6 |
| 3.2 | Elintapaohjaus | 7 |
| 3.3 | Ohjausmenetelmät..... | 9 |
| 3.4 | Purennankorjauspotilas ja elintavat..... | 10 |
| 3.4.1 | Purennankorjauspotilas..... | 10 |
| 3.4.2 | Elintavat | 11 |
| 4 | Toteutus | 21 |
| 4.1 | Integratiivinen kirjallisuuskatsaus | 22 |
| 4.2 | Tutkimusongelma | 23 |
| 4.3 | Kirjallisuushaku ja hakustrategia | 24 |
| 4.4 | Aineiston arviointi | 25 |
| 4.5 | Aineiston analyysi ja sisällönanalyysi | 27 |
| 4.6 | Aineiston raportointi | 31 |
| 5 | Tulokset..... | 31 |
| 5.1 | Toteutettu elintapaohjaus..... | 32 |
| 5.1.1 | Yksilöohjaus | 32 |
| 5.1.2 | Ryhmäohjaus | 33 |
| 5.1.3 | Puhelinohjaus | 34 |
| 5.1.4 | Motivoiva haastattelu..... | 34 |
| 5.1.5 | Etä- / digiohjaus | 35 |
| 5.1.6 | Interventiot..... | 35 |
| 5.1.7 | Kirjallinen ohje / materiaali | 36 |
| 5.2 | Elintapaohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät | 38 |
| 6 | Pohdinta | 42 |
| 6.1 | Tutkimuksen luotettavuus..... | 42 |
| 6.2 | Tutkimuksen eettisyys | 43 |
| 6.3 | Keskeisten tulosten tarkastelu suhteessa alkuosan teoreettiseen viitekehykseen..... | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 7 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset | 48 |
|--|-----------|

| | |
|---------------------|-----------|
| Lähteet..... | 50 |
|---------------------|-----------|

| | |
|-----------------------|-----------|
| Liitteet | 60 |
|-----------------------|-----------|

| | |
|--|----|
| Liite 1. Joanna Briggs instituutin tarkistuslista laadulliselle tutkimukselle | 60 |
| Liite 2. Joanna Briggs instituutin tarkistuslista systemaattiselle tutkimukselle | 61 |
| Liite 3. Tietokantahakuprosessi..... | 62 |
| Liite 4. Sisällönanalyysi | 63 |
| Liite 5. Valitut tutkimukset | 67 |

Kuviot

| | |
|---|----|
| Kuvio 1. Hyvinvoinnin kolmio (Liikuntaneuvonta 2018). | 6 |
| Kuvio 2. Viikoittainen liikkumisen suositus 18–64-vuotiaille (Liikkumisen suositus 2019)..... | 12 |
| Kuvio 3. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. (VRN 2014)..... | 14 |
| Kuvio 4. Lautasmalli (VRN 2014). | 15 |
| Kuvio 5. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet | 23 |
| Kuvio 6. Sisäänottokriteerit..... | 25 |
| Kuvio 7. Tutkimusvalintaprosessi | 26 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Havainnollistaminen analyysin etenemisestä | 28 |
| Taulukko 2. Tiivistelmä sisällönanalyysistä | 30 |
| Taulukko 3. Yhteenveto tuloksista, ohjausmenetelmät | 37 |
| Taulukko 4. Yhteenveto tuloksista, elintapaohjaukseen vaikuttajat tekijät | 41 |

1 Johdanto

Terveys on kokonaisvaltaista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyisyyttä, eikä ainoastaan sairauksiin puuttumista (Larivaara, M. 2018, 3; Liikuntaneuvonta 2018). Ihmisen elintavoilla vaikutetaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja terveyteen, koska niillä on vahva yhteys kansansairauksien syntyyn (Absetz & Hankonen 2011, 2265). Jotta kansansairauksien esiintyminen saadaan laskusuuntaan, elintapaohjausta tulisi lisätä tukemaan potilaan ohjauskokonaisuutta (Seppälä 2017, 5). Elintapaohjaus on terveyden edistämistä ja hyvien elintapatottumusten vaalimista, jossa tavoitteena on hyvinvointi ja onnellisuus, ja on näin yhteydessä ihmisen elämänlaatuun (Kariniemi-Örmälä 2017).

Elintapaohjauksesta hyötyvät sairastumisvaarassa olevat ja jo sairastuneet, joten myös perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidossa tulee olla valmiuksia elintapaohjaukseen tai osaamista ohjata elintapaohjauksen piiriin. Monet ammattilaiset pitävät elintapaohjaustaitojaan, -tietojaan ja keinojaan toteuttaa elintapaohjausta riittämättöminä motivoidakseen potilaita. (Absetz & Hankonen 2011, 2265; Pugh, Hough, Gravestock, Williams & Fisher 2016, 3830.)

Ihmisen purentavirheellä tarkoitetaan tilaa, jossa ala- ja yläleukaluut eivät kohtaa ja näin aiheuttavat sekä jännitys- että kiputiloja pään ja kasvojen alueelle.

Purentavirheitä korjataan erikoissairaanhoidossa oikomishoidon ja leikkauksen yhdistelmähoitona. Pään ja kasvojen alueen oireet ovat yhteydessä elämänlaatuun eli fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintaan. Jotta potilaat olisivat valmiimpia leikkaukseen, siihen liittyviin ulkonäkömuutoksiin ja leikkauksesta toipumiseen, tulee ohjausmenetelmiä uudistaa sekä tietoa lisätä niin ammattilaisille kuin potilaille elintapaohjauksen avulla. (Philips, Blakey & Jaskolka 2008, 4; Silvola 2014, 5.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suu- ja leukakirurgian klinikalle ollaan tekemässä uusia ohjausmateriaaleja. Opinnäytetyölläni haluan tarjota tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa pohjaksi tuleville ohjausmateriaaleille ja ohjauksen toteutukselle. Tällä hetkellä purennankorjauspotilaan ohjausmenetelmät ovat elintapaohjauksen osalta puutteelliset. Purennankorjauspotilaille käytetään suu- ja leukakirurgian klinikalla ainoastaan kirjallista opasta, jossa mainitaan elintapaohjauksen osalta pintapuolisesti tupakoinnista ja kerrotaan niukasti ravinto-

ohjeita. Purennankorjauspotilailla yleisesti esiintyvään uniapneaan on puututtu myös pintapuolisesti ilman tarvittavia ja tutkittuun tietoon perustuvia hyviä työkaluja.

Purennankorjauspotilaan valmistautuminen leikkaukseen kestää 2–4 vuotta, joten ammattilaisilla on riittävästi aikaa kiinnittää huomiota potilaan elintapoihin. Näin myös potilaan kokonaisvaltaista terveyttä edistetään hoidon aikana ja jälkeen.

(Kehittämistyöryhmä 2018–2019.)

Suu- ja leukakirurgian klinikan tulevaisuuden tavoitteena on ennaltaehkäistä pidentyneitä osastojaksoja, ylimääräisiä kontrollikäyntejä, terveyden epätasapainoa ja leikkaukskomplikaatioita (Kehittämistyöryhmä 2018–2019). Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää suu- ja leukakirurgian klinikan purennankorjauspotilaan ohjausta elintapaohjauksen osalta. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa elintapaohjauksesta, jota on toteutettu terveydenhuollon ympäristössä ja selvittää, millä tavoin elintapaohjausta voidaan toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla.

2 Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää purennankorjauspotilaan ohjausta elintapaohjauksen osalta. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa elintapaohjauksesta, jota on toteutettu terveydenhuollon ympäristössä ja selvittää, millä tavoin elintapaohjausta voidaan toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten elintapaohjausta on toteutettu terveydenhuollon asiakkaana olevalle, ja mitä tuloksia on saatu?
2. Millä keinoin elintapaohjausta voidaan toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla?

3 Teoreettis-käsitteelliset lähtökohdat

Asiakaslähtöinen potilasohjaus edellyttää ammattilaisilta riittävää osaamista tiedollisesti ja taidollisesti sekä perehtymistä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja elämäntilanteeseen (Jauhiainen 2010, 94–95). Asiantunteva ja laadukas ohjaus tukee potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010/24§). Ennen leikkaustoimenpiteitä perussairaudet ja elintavat huomioidaan, jotta leikkauksriskit olisivat mahdollisimman pienet. Kun elintavat ja perussairaudet tunnistetaan ajoissa, on aikaa ohjata potilasta palveluiden pariin, esimerkiksi päihteistä vieroittumiseen, kunnon kohentamiseen, ravitsemustilan parantamiseen tai muihin tutkimuksiin. (Koi-vusipilä, Tarnanen, Jalonen & Mattila, 2015.) Purennankorjauspotilaan hoidon suunnittelu aloitetaan 2–4 vuotta ennen varsinaista purennankorjausleikkausta, jolloin on erinomainen ajanjakso valmistautua leikkaukseen henkisesti ja fyysisesti. Elintapamuutokset syntyvät usein pienistä teoista ja huomioista ajan kanssa (Absetz & Hankonen 2017, 1020). Seuraavassa kerron potilasohjauksesta, jota voidaan toteuttaa elintapaohjauksena erilaisten ohjausmenetelmien avulla. Elintavoilla voidaan vaikuttaa leikkaushoitoon ja sen onnistumiseen. Tässä osiossa avaan elintapojen yhteyttä ja tarvetta purennankorjauspotilaan näkökulmasta katsottuna.

3.1 Potilasohjaus

Ohjaus sisältönä voi olla terveyden edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä tai sairauden hoidon aikana käytäviä tilanteita (Vänskä 2012, 24). Ohjauksen perustan luovat etiikka ja lainsäädäntö, ja toimintaa ohjaavat laaditut suositukset sekä tutkittu tieto. Potilashoidon eettisiä periaatteita ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisen arvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonto. (Eloranta & Virkki 2011, 12–13.) Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoa ja ymmärrystä, auttamaan päätöksenteoissa sekä edistämään heidän omia kykyjensä parantaa elämänlaatua tukemalla voimavaraistumista ja motivoimalla. Potilasohjaus tulee lähteä potilaan tarpeiden ja taustatekijöiden kartoittamisesta. Hyvä potilasohjaus antaa näkyviä tuloksia mm. hoitoon sitoutumiseen, potilastyytyväisyyteen, oireiden vähentymiseen ja ylipäänsä terveyspalveluiden käytön vähenemiseen. (Lipponen 2014, 17–18.)

Potilaan ohjauksessa painottuu kuuntelutaito, havainnointikyky, kysymisen taito, erilaiset testaukset ja tunnistamisen taito (Haapa & Pölönen 2002, 39–40; Pölönen 2017). Ohjaus koetaan positiiviseksi, kun potilas haluaa ohjaajan vievän asioita eteenpäin ja luottaa hoitajaan (Vänskä 2012, 27). Ohjauksen tulisi olla vuorovaikutuksellisia asiakaskohtaamisia, joissa tavoitteena on potilaan kykyjen, tietojen, taitojen ja muiden valmiuksien tukeminen ja ylläpitäminen. Ohjauksella pyritään elämänlaadun kohentamiseen ja tasapainon löytämiseen (ks. kuvio 1.) sekä tehostetaan sairauden ja kuntoutumisen hoitoa. (Pölönen 2017.) Seppälän (2017, 14) mukaan paras elämänlaadun arvioinnin mittari on keskustelu potilaan kanssa.



Kuvio 1. Hyvinvoinnin kolmio (Liikuntaneuvonta 2018).

Laadukas ohjaus tuo kustannussäästöjä kuntiin (Pölönen 2017). Esimerkiksi liikalihavuutta kärsivillä ryhmämuotoinen ravitsemusohjaus on tutkitusti tuottanut tuloksia ja säästöjä (Wikstrand, Torgerson & Bengtsson Boström 2010, 92–93). Ohjauksella halutaan parantaa potilaan omia voimavaroja selviytyä esimerkiksi leikkaushoitoon liittyvistä tilanteista ja leikkauksesta toipumisessa. Hyvin suunniteltu ja toteutettu potilasohjaus vahvistaa potilaan selviytymistä sairaalassa ja kotona. (Lipponen 2014, 14.) Huomioimalla potilaiden yksilölliset tarpeet preoperatiivisessa vaiheessa, voidaan vaikuttaa lieventävästi potilaiden leikkaukseen liittyvään jännitykseen, pelkoon ja postoperatiivisten komplikaatioiden esiintymiseen (Turunen 2018, 3).

3.2 Elintapaohjaus

Potilasohjausta voidaan toteuttaa elintapaohjauksena. Terveystieteiden lain (2010/1326/2§) tarkoituksena on: 1) edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, 2) kaventaa väestöryhmien terveyseroja, 3) toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, 4) vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeksyyttä ja 5) vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Elämäntilanteella ja elämänlaadulla on merkitystä elintapamuutosten onnistumisessa (Seppälä 2017, 5). Elintapamuutos tarkoittaa vanhoista tavoista poisoppimista ja uusien tapojen omaksumista eli on vahvasti yhteydessä käyttäytymisen muutokseen (Asbetz & Hankonen 2011, 2265).

Käypä hoito -suosituksissa elintapaohjaus on osa hyvää hoitoa (Absetz & Hankonen 2017, 1015). Potilaalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992/3§)). Tietoa tulee antaa kattavasti ja ammatillisesti, mutta myös ohjaaminen ja neuvonta tulee olla laadukasta (Oikarinen 2016, 31). Ohjauksesta puhuttaessa voidaan käyttää rinnakkain muita käsitteitä, kuten neuvonta, opetus, valmennus, tiedon antaminen ja koulutus. Elintapaohjausta toivotaan annettavaksi potilaskeskeisesti ja vuorovaikutteisesti niin kuin muutakin potilasohjausta. Lisäksi motivoiva ohjaus lisää potilaan uskoa onnistumiseen ja omaan pystyvyyteen. (Oikarinen 2016, 29.) Ohjauksen hyvät käytännöt ja suunnitelmalliset toimintatavat tuottavat tuloksia ja antavat potilaalle voimavaroja elämän

haasteissa. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalvelun asiakkaat, vähän liikkuvat tai ravitsemusongelmista kärsivät tarvitsevat usein lisätukea selviytyäkseen vastoinkäymisistään. (Terveysliikuntautiset 2018.)

Ihmisen oma käyttäytyminen vaikuttaa elintapoihin ja elintapaohjausmenetelmien valintaan. Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaa ihmisen tahto eli motivaatio, riittävät tiedot ja taidot asioista ja niiden seurauksista sekä ympäristön mahdollistamat tilaisuudet. (Absetz & Hankonen 2017, 1015.) Terveyskäyttäytymistä estää motivaation puute muutokseen ja epäonnistuneet strategiat käyttäytymisen ylläpitämiseksi (Barrett, Begg, O'Halloran & Kingsley 2018, 2). Ohjauksella ja neuvonnalla voidaan vaikuttaa positiivisesti elintapoihin ja terveyskäyttäytymiseen (Absetz & Hankonen 2011, 2270). Ohjauksen esteet vaikeuttavat elämäntapaohjauksen tuloksellisuutta. Ohjauksen esteitä ovat ajanpuute (resurssiongelmat), tukiverkoston puute, ammattilaisten koulutuksen puute eli osaamattomuus, työkalujen riittämättömyys sekä luottamusongelmat lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan kanssa. (Rao 2010, 1451.)

VESOTE-hanke (Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti) oli Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama ja UKK-instituutin hallinnoima kärkihanke vuonna 2017–2018. VESOTE-hanke koulutti sairaanhoitopiirejä unen, ravitsemuksen, liikunnan ja mielenterveyden osa-alueilla. VESOTE-kärkihanke on yhdessä UKK-instituutin kanssa edistänyt elintapaohjausta osaamisen kehittämisen avulla ottamalla käyttöön uusia toimintatapoja ja rakentanut hoitoketjuja niin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoon, sosiaalihuoltoon ja kolmanteen sektoriin. (Terveysliikuntautiset 2018, 42.) VESOTE-hanke on antanut koulutuksillaan tutkittua tietoa opinnäytetyöhön teoreettiseen osuuteen sekä on ollut ohjaavana tekijänä aiheen valintavaiheessa. VESOTEn tavoitteena oli elintapaohjauksen vaikuttavien ja laadukkaiden toimintamallien käyttöönotto ja vahvistaminen, elintapaohjauksen kehittäminen, olemassa olevien hyvien käytäntöjen hyödyntäminen ja levittäminen, elintapaohjauksen moniammatillisuuden ja poikkihallinnollisuuden vahvistaminen sekä kolmannen sektorin osaamisen ja kokemuksen hyödyntäminen elintapaneuvonnassa. (VESOTE-hanke 2017–18.)

3.3 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmät liittyvät vahvasti potilasohjauksen laatuun eli esimerkiksi elintapaohjauksen tuloksellisuutta. Ohjaustilanteissa eri ohjausmenetelmiä hyödyntämällä voidaan vähentää muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa, mahdollistaa ohjattavan parempi ymmärrys kokonaisuudesta ja edelleen osallistetaan potilasta entistä enemmän omaan hoitoonsa (Eloranta & Virkki 2011, 15). Ohjausmenetelmiä voivat olla yksilö- ja ryhmäohjaus, puhelinohjaus, etä- / digiohjaus, eri-ikäisten ohjaus, neuvottelu, auttaminen tai hoitotyön toiminta, interventiot, kirjalliset materiaalit, ammatillinen keskustelu ja videotyyppinen ohjaus. Ohjauksissa käytetään usein eri lähestymistapoja tilanteen mukaan, esimerkiksi voidaan hyödyntää motivoivaa haastattelua, vuorovaikutuksellista keskustelua, erilaisia käyttäytymisen-, oppimisen- ja muutosvaihemalleja, voimaannuttamista, dialogisuutta ja mahdollistamista. (Vänskä 2012, 24–25.) Käyttäytymisen muuttamiseen liittyvä teoria ja malli on esimerkiksi transteoreettinen muutosvaihemalli, jossa edetään vaihe vaiheelta käyttäytymisprosessien kautta pohtimalla hyötyjä ja haittoja, tekemällä päätöksiä sekä lisäämällä pystyvyyden tunnetta. Muita malleja ja teorioita ovat tavoitteellisen toiminnan malli, motivoiva haastattelu tai itsemääräytymisteoria, sosiaaliskognitiivinen teoria ja kognitiivisbehavioraalinen terapia. (Asbetz & Hankonen 2011, 2268.)

Ohjaustilanteissa ohjattavalle esitetään yleensä tietoa kattavasti ja paljon kerralla, jolloin tärkeät asiat eivät jää mieleen. Eri ohjausmenetelmien hyödyntäminen ohjaustilanteissa auttaa hahmottamaan kokonaisuutta sekä tehostaa ohjauksen laatua. Esimerkiksi suullisen ja kirjallisen materiaalin lisänä ohjausvideo havainnollistaa visuaalisesti kokonaisuutta. (Eloranta & Virkki 2011, 53; Oikarinen 2016, 32.) Erään Kalifornian Yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan videotyyppinen ohjaus oli potilaille mielenkiintoisempaa sekä tehokkaampaa kuin kirjallinen materiaali, ja sopi aikuisille potilaille. (Armstrong, Kim, Idriss, Larsen & Lio, 2011). Ohjausvideon käyttö on hyödyllistä, koska se on taloudellista ja helposti seurattavaa (Hirvonen, Johansson, Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007, 116–117, 122). Asbetz & Hankonen (2011, 2270) totesivat tutkimuksensa perusteella tehokkaiksi ohjausmenetelmiksi motivoivan haastattelun ja kannustamisen oman käyttäytymisen seurantaan ja tavoitteelliseen toimintaan.

3.4 Purennankorjauspotilas ja elintavat

Elintavoilla on yhteys purennankorjauspotilaan elämänlaatuun hoidon aikana (Esperão, de Oliveira, de Oliveira Almeida, Kiyak & Miguel 2010, 137; Posnick 2014, 220). Tässä osiossa kerron purennankorjauspotilaasta yleisesti ja mitä elintapaohjaustarpeita purennankorjauspotilaalla on.

3.4.1 Purennankorjauspotilas

Purennankorjauspotilasta kutsutaan Ortodontis-kirurgiseksi eli ortognaattiseksi potilaaksi ja leikkauksen ideana on siirtää leukoja kirurgisesti hampaiden oikomishoidon jälkeen. Leikkaustarve arvioidaan ja hoito toteutetaan oikomishammaslääkärin ja suukirurgin yhteistyönä. Purennankorjausleikkauksen ideana on edistää terveyttä ja minäkuva, parantaa kasvojen estetiikkaa ja avartaa hengitysteitä (Posnick 2014, 135 & 166). Purentavirheiksi kutsutaan hampaiston ahtautta, hampaiston distaalipurentaa (alaleuka liian takana yläleuan suhteen), mesiaalipurentaa (alaleuka liian edessä yläleuan suhteen), ristipurentaa (ylähampaat menevät purressa alahampaiden taakse) ja saksipurentaa (ylähampaat ovat liian edessä eli purennassa ylä- ja alahampaat eivät kohtaa). Virhepurenta aiheuttaa mm. pään- ja kasvojen alueen kiputiloja ja hankaloittaa pureskelua. Purentavirheet vaikuttavat myös häiritsevästi ulkonäköön. (Hiiri 2015.) Ulkonäkömuutokset ovat vaikuttavana tekijänä psyykkisessä hyvinvoinnissa ja sitä kautta vaikuttavat myös fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Silvola 2014, 5).

Leikkaustyyppit ovat 1) Bimax-osteotomia eli ylä- ja alaleuansiirtoleikkaus, jolla halutaan huulien sulkua paremmaksi ja korjata kasvojen epäsuhtaa, 2) Le-Fort eli vain yläleuansiirtoleikkaus sekä 3) BSSO eli vain alaleuansiirtoleikkaus, joilla halutaan hampaiden epäsuhtaa korjata helpottaakseen purentaa (avo- / syväpurenta), nielemistä, hengittämistä, puhumista ja huulisulkua (Andersson, Kahnberg & Pogrel 2010, 1005; Posnick 2014, 566–567 & 942). Purennankorjauspotilaat ovat kaikki aikuisikäisiä, koska leukaluut ovat kehittyneet ns. täydelliseen kasvuunsa miehillä sekä naisilla 18 ikävuoteen mennessä normaaleissa olosuhteissa (Posnick 2014, 556). Luuston epä-

muodostumien korjaamiseksi ja pään sekä kaulan toiminnan parantamiseksi (puhunta, hengitys, puhuminen (ääntämisvaikeus), nieleminen, huulien hallinta) tarvitaan ortodontis-kirurgista hoitoa (Posnick 2014, 209).

Purennankorjauspotilaan hoitopolku alkaa suu- ja leukakirurgian klinikassa siitä, että potilaasta tulee perusterveydenhuollolta tai yksityiseltä puolelta lähete suu- ja leukakirurgian poliklinikalle. Lähete hyväksytään ja potilas pyydetään ensikäynnille poliklinikalle leukakirurgin vastaanotolle. Hoitopolku jatkuu leikkausta edeltävän oikomishoidon osuudella (noin 2–4 vuotta), edelleen kirurgin ensikäyntitapaamiseen ja lähempänä leikkausta (yleensä 1kk ennen) preoperatiiviseen käyntiin, jossa potilas joko tapaa anestesia lääkäri tai anestesia lääkäri tutustuu potilaan tietoihin edeltä ilman tapaamista. (Kehittämistyöryhmä 2018–2019; Leikkausta edeltävä arviointi 2014.)

Sopivin hoitomuoto kasvojen epämuodostumisten hoidolle on suukirurgin ja oikomishoidon yhdistelmähoito, koska leikkaus mahdollistaa leukaluiden uudelleen sijoittamisen, mitä pelkällä oikomishoidolla ei saada toteutettua (Miquel, Palomares & Feu 2014, 126). Leikkaus kestää noin 4–8 tuntia ja osastohoitojakson kahdesta kolmeen vuorokautta. Ensimmäinen jälkikontrolli on leikkauksen jälkeen viikon kohdalla ja jatkokontrollit määräytyvät tilanteen mukaan. Yleensä viimeinen kontrolli on vuoden päästä leikkauksesta. (Kehittämistyöryhmä 2018–2019.)

3.4.2 Elintavat

Elintapoihin kuuluu liikunta- ja ravitsemustottumukset sekä unen määrä ja laatu. Elämänlaatuun ja elintapojen toteuttamiseen vaikuttavat mielenterveys, alkoholi, tupakka ja muut päihteet. (Absetz & Hankonen 2017, 1015). Elintavat ovat yhteydessä toisiinsa. Puhutaan, että kohtuus on hyväksi ja liika pahaksi. Esimerkiksi säännöllinen ja kohtuullinen liikunta edistää terveyttä. Liikunta muuttuu kuitenkin vaaralliseksi terveyden kannalta, jos suoritukset ovat liian rasittavia. (Huttunen 2018, Duodecim.) Liikunnan on todettu parantavan unta, mutta urheileminen liian lähellä nukkumaanmenoaikaa nukahtamisaika saattaa pitkittyä (Hyvä Uni 2019, 25).

Seuraavassa kerron liikunnasta, ravitsemuksesta, unesta, mielenterveydestä, alkoholista ja tupakasta kirjallisuuteen perustuen. Jokainen elintapa liittyy jollain tavoin purennankorjausleikkaukseen tulevalle, ja kerron lyhyesti miksi näitä on tärkeää ottaa huomioon potilaan kohdalla.

Liikunta

Liikunta on suunnitelmallista fyysistä aktiivisuutta, jonka tavoitteena on usein kunnon ylläpitäminen tai parantaminen. Terveysliikunnalla puolestaan tarkoitetaan sellaista liikkumista, josta saadaan myönteisiä vaikutuksia terveyteen, ja joka ei aiheuta terveyshaittoja. UKK-instituutin internet-sivuilta löytyy sekä terveystieteiden tutkimusten että liikuntasuositusten eri-ikäisille. (Liikuntaneuvonta 2018; Terveysliikunnan suositukset.) Liikuntapiirakkaa on muutettu vuonna 2019 liikuntapyramidin muotoon (ks. kuvio 2.). Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa kaksi kertaa viikossa, joko rasittavaa (1t 15min) tai reippaampaa liikuntaa (2t 30min) viikoittain. Liikuntasuositukseen on nostettu pyramidin keskivaiheille kevyen liikuskelun merkitys ja toteuttaminen mahdollisimman usein. Suosituksessa kehoitetaan ottamaan taukoja istumiseen ja muuhun fyysiseen passiivisuuteen aina kun voi. Lisäksi unen ja palautumisen riittävä saanti viikossa on asetettu liikuntasuosituksen pyramidin alimpaan osaan ja näin tärkeäksi osaksi liikkumisen ohella. (Liikkumisen suositus 2019.)



Kuvio 2. Viikoittainen liikkumisen suositus 18–64-vuotiaille (Liikkumisen suositus 2019).

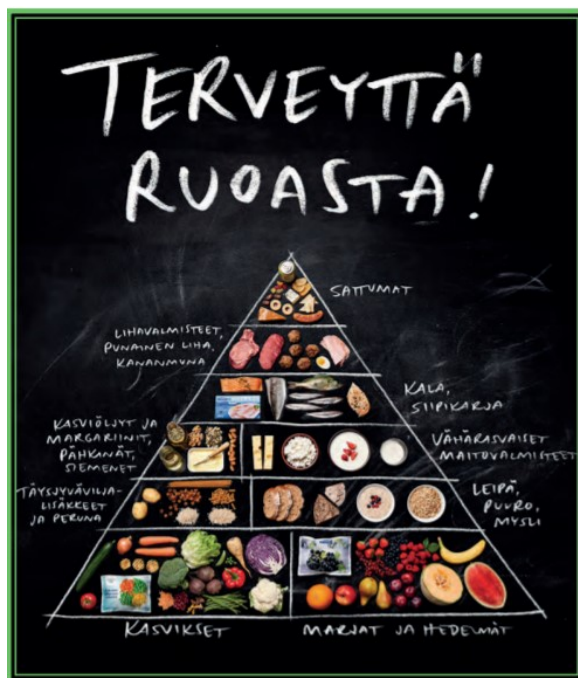
Liikunnalla on monia vaikutuksia terveyteen. Liikunta vaikuttaa hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoon eli kestävyyskuntoon: aineenvaihduntaan ja sydämen ja verenkiertoelimistön terveyteen. Lisäksi liikunta vaikuttaa mieleen eli psyykkiseen hyvinvointiin kohentamalla mielialaa ja vireystilaa sekä vähentämällä masennusoireita ja stressiä. Liikunta on myös eräänlainen sosiaalinen tapahtuma, jossa ryhmässä voi kokea me-henkeä, yhdessäoloa, ystävyyttä ja arvostusta. Liikunta parantaa unenlaatua ja kehittää liikehallintakykyä. Liikunta edistää tuki- ja liikuntaelimistön toimintakykyä: kehon rakennetta ja koostumusta, mutta näiden merkitystä on tutkittu vähemmän kuin fyysisen aktiivisuuden ja kestävyyskunnan merkitystä terveyteen. Liikunta vähentää sairauksia eli edistää vastustuskykyä ja vaikuttaa näin ihmisen immuunijärjestelmään. Luuston vahvuuteen liikunnan vaikutukset ovat selkeät. Painonhallinnan yhtenä hoitomuotona on liikunnan toteuttaminen. (Liikuntaneuvonta 2018; Liikunnan vaikutukset 2019.) Liikunnan sisällyttäminen elintapoihin saattaa joskus olla haastavaa. Estäviä tekijöitä tässä voi olla heikko motivaatio, heikko liikunnan-sieto sekä itsetunnon- ja selviytymisen puute. (Barrett ym. 2018, 6.)

Ennen purennankorjausleikkausta tulee liikkua säännöllisesti ja liikuntasuosituksen (ks. kuvio 2.) mukaan, jolloin ennaltaehkäistään leikkauksessa syntyviä komplikaatioita. Myös leikkauksen jälkeisiä lääkärin ja / tai fysioterapeutin liikuntaohjeistuksia tulee noudattaa, jotta leikkauksesta toipuminen olisi turvallista ja etenee toivotulla tavalla. Liikunnan avulla parannetaan verenkiertoa ja ehkäistään laskimotukoksia sekä leikkausalueen turvotuksia. (Liikunnan vaikutukset 2019; Terveyskyla.fi, leikkaukseen tulijalle.)

Ravitsemus

Monipuolinen ravinto on ihmiselle elintärkeä ja vaikuttaa niin mielialaan kuin sairauksien syntyyn. Kansansairauksien ravitsemuksellinen ehkäisy vähentää sydän- ja verisuonitauteja, tyypin 2 diabetesta, lihavuutta ja osteoporoosia (luukatoa). (Uusi-Rasi & Heikkilä 2018.) Suomalaisia ravitsemussuosituksia havainnollistetaan ruokapyramidin ja lautasmallin avulla, ja ne perustuvat pääosin pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin (VRN 2014). Ruokapyramidi (ks. kuvio 3.) koostuu ruoka-aineryhmistä.

Eniten suositellaan syömään kasviksia, marjoja ja hedelmiä, seuraavaksi eniten täysjyväviljalisäkkeitä, leipää, puuroa sekä mysliä. Kasviöljyt, margariinit, pähkinät ja siemenet sekä vähärasvaiset maitovalmisteet löytyvät pyramidin keskivaiheelta. Proteiinin lähteistä kalaa ja siipikarjaa suositellaan syötävän lihavalmisteenä enemmän kuin punaista lihaa ja kananmunia. Pyramidin huippu on jätetty sattumille. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014; Uusi-Rasi & Heikkilä 2018.)



Kuvio 3. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. (VRN 2014).

Lautasmalli (ks. kuvio 4.) tukee ruokapyramidin käytännön toteuttamista sekä toimii monipuolisen aterian suunnannäyttäjänä. Puolet lautasesta tulee olla täytetty kasviksilla, neljännes täysjyväviljalisäkkeellä ja viimeinen neljännes vähärasvaisella ja -suolaisella lihalla, kanalla, kalalla, palkokasveilla tai kananmunilla. Aterian lisäksi suositellaan täysjyväviljaleipää ja lasillinen maitoa, piimää tai vettä. Marjat tai hedelmät täydentävät jälkiruokana aterian. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014; Uusi-Rasi &

Heikkilä 2018.) Pohjoismaiset asiantuntijat tekevät suositusten pohjatyön työryhmäs-
sään tieteellisten tutkimusten pohjalta (VRN 2014).



Kuvio 4. Lautasmalli (VRN 2014).

Proteiinien tehtävänä on uusien kudosten muodostuminen ja uusiutuminen, minkä takia proteiinien saanti on erityisen tärkeää leikkauspotilailla toimenpiteen jälkeen. Proteiinit auttavat myös vesi-, happo- ja emästasapainon säätelyssä sekä veren osmoottisen paineen ylläpitämisessä. Proteiinit myös kuljettavat happea veren hemoglobiinin avulla. Rasvoja tarvitaan energian saamiseen, lämmöneristykseen ja energian varastointiin. Hiilihydraatteja ovat sokerit, tärkkelys ja ravintokuitu. Hiilihydraatteja tarvitaan myös energianlähteenä ja samalla hiilihydraatit säästävät proteiineja muihin tärkeisiin tehtäviin, kuten kudosten uusiutumiseen. (Iivanainen & Syväoja 2011, 154–156.)

Purennankorjauspotilaat tarvitsevat ravitsemusohjausta. Alipainoisen potilaan leikkauris-
keihin kuuluvat sydämen toiminnan muutokset, neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöt ja mahalaukun häiriöt. Vastaavasti ylipainoisen potilaan leikkauris-
kejä ovat hengitysteiden, sydämen toiminnan ja verenkierron häiriöt. (Andersson ym. 2010, 10–11.) Purennankorjausleikkauspotilaat tarvitsevat ravitsemusohjausta, koska leikkausta ei voida suorittaa, mikäli potilaalla on lähtökohtaisesti ravitsemusongelmista johtuvaa yli- tai alipainoa eli BMI (painoindeksi) on yli 30 tai alle 18. (Leikkausta

edeltävä arvio 2014; Ojala 2017). Oikomishoidon aikana ennen varsinaista purennankorjausleikkausta, suussa voi olla kipuja rautojen takia. Tämä vaikuttaa mielialaan, liikkumisen vähentymiseen sekä ruokahaluttomuuteen. (Andersson ym. 2010, 10–11.) Purennankorjausleikkauksen jälkeen ravinto on lähinnä sosemaista, joten halutaan parantaa ravitsemusohjeistusta suu- ja leukakirurgian klinikkaan (Kehittämistyöryhmä 2018–2019). Oikeanlainen ja monipuolinen ravinto vaikuttaa mielialaan, vireyteen ja haavojen paranemiseen, koska vajaaravitsemus tai heikkoravinteinen ruoka lisää tulehdusherkkyyttä, hidastaa haavojen paranemista ja vähentää lihasvoimaa (Terveyskyla.fi, leikkaukseen.fi; Turunen 2018, 14). Syömisvaikeudet saattavat kestää 6–8 viikkoa. Syömisvaikeuksia aiheuttavat mm. leikkauksen jälkeinen pahoinvointi, kipu sekä leikkausalueen turvotukset ja verenvuodot. (Phillips, Blakey & Jaskolka 2008, 8.) Ravitsemusterapeutteja voidaan tarvittaessa hyödyntää niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa (Ravitsemusterapeuttiyhdistys 2018, VESOTE).

Uni

Unen riittävä laatu ja määrä vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvointiin. Unen tarve on yksilöllinen, mutta tutkimustulokset osoittavat, että sairastumisriskit lisääntyvät, jos nukutaan alle 6–7 tuntia. Terveellisintä olisi nukkua 7–8 tuntia vuorokaudessa. (Hyvä Uni 2019, 3; Partinen & Kuurne-Koivisto 2018.) Uni vaikuttaa aivojen kehitykseen, muistiin ja oppimiseen, aivojen energia-aineenvaihduntaan, immunologisiin puolustusmekanismeihin ja mielenterveyden ylläpitämiseen (Hyvä Uni 2019, 6; Partinen 2018).

Uneen vaikuttavat negatiivisesti stressi, vireystilan heikkous, vähäinen tai liian myöhäinen liikunta, ravitsemusongelmat, pelko- ja huoltilat sekä kokemukset (Huuto-niemi 2018; Hyvä Uni 2019, 25). Univaje heikentää keskittymiskykyä, tarkkaavaisuutta ja uusien asioiden oppimiskykyä. Lisäksi univaje lisää tapaturmariskiä. Pitkäaikaisen univajeen on todettu vaikuttavan sokeriaineenvaihduntaan, sydän- ja verisuonisairauksiin ja tyyppin 2 diabetekseen negatiivisesti sekä lisäävän keskivartaloliha-

vuutta ja kohottavan verenpainetta. Pitkäaikainen univaje aiheuttaa kroonisia kiputiloja ja masennusta. (Hyvä Uni 2019, 13–14; Partinen & Kuurne-Koivisto 2018.) Lisäksi stressihormonit vaikeuttavat laadukasta unta valvottamalla (Hyvä Uni 2019, 44).

Uni- ja valveillaoloaika määräytyy ihmisen toiminnan perusteella. Uneen positiivisesti tai negatiivisesti vaikutetaan ravitsemuksen tasapainolla, esimerkiksi jos syö liian vähän, uni on rikkonaista hermostuneisuuden ja palelemisen vuoksi. Jos syö liikaa, uni rikkoutuu tällöin sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden vuoksi saamalla nopeita hiilihydraatteja tai liikaa sokeria. Liiallinen liikunta lähellä nukkumaanmenoaikaa voi viivyttää nukahtamista ja vastaavasti liian vähäinen liikunta eli ylivireys huonontaa unta. Leptiini on hormoni, jonka tehtävänä on ehkäistä ruokahalua. Leptiini-hormonia muodostuu unen aikana, eli jos esiintyy univajetta tai unen laatu on huono leptiiniä tuotetaan kehossa liian vähän ja ruokahalu kasvaa greliini-hormonin liikaerityksen takia. (Hyvä Uni 2019, 44–43; Uniterveys 2018, VESOTE.) Laadukkaaseen uneen ja vireystilaan vaikuttaa liikunnan oikea-aikainen toteuttaminen. Uni-valverytmiin vaikutetaan myös muulla sosiaalisella ympäristöllä, kuten toimivilla ihmissuhteilla ja työllä. (Hyvä Uni 2019 52; Partinen 2018). Uni on laadukasta ja hyvää, kun syödään monipuolisesti huomioiden ateriaritmi ja annoskoot (Hyvä Uni 2019, 44).

Purennankorjauspotilaat sairastavat useimmiten uniapneaa, joka vaikeuttaa nukkumisen aikana hengitystä ja siten häiritsee unta (Posnick 2014, 992). Uniapneasta kärsivällä tulee unen aikana hengityskatkoja ylempien hengitysteiden täydellisen, osittaisen tai toistuvan tukkeutumisen vuoksi. Tästä seuraa hapenpuutetta, joka vaikuttaa mm. aivoihin ja sydämeen sekä lisäksi mielenterveyteen. Uniapnea aiheuttaa ihmiselle päiväsaikaista väsymystä, yöllistä kuorsausta ja sekavuutta, masennusta, aamupäänsärkyä, kognitiivisten toimintojen heikkenemistä, ärtyisyyttä, seksuaalisia toimintahäiriöitä, keskittymisvaikeuksia ja heikompaa elämänlaatua. (An & Ranson, 2011, 238–241.) On todettu, että ortognaattisella leikkauksella saadaan hengitysteihin tilavuutta, joka parantaa uniapnean oireita ja unenlaatua (He, Wang, Hu, Liao, Zhang, Xiang, & Fan 2017, 38). Näillä leikkaushoidoilla pyritään siis unen parantamisen lisäksi vaikuttamaan myös psyykkiseen hyvinvointiin parantamalla omakuvaa ja itsetuntoa (Miquel ym. 2014, 136).

Mielenterveys

Mielenterveys muovautuu koko elämänkaaren aikana. Mielenterveys on psyykkisen hyvinvoinnin tila, jota vahvistetaan positiivisella mielenterveydellä. Positiivinen mielenterveys eli mielen hyvinvointi auttaa ihmistä selviytymään elinympäristössään, lisää hyvinvointia ja parantaa elämänlaatua. Positiivinen mielenterveys luo kykyjä, mahdollisuuksia, vahvuuksia, kypsyyttä, positiivisia tunteita, tunneälyä, sosiaalista kyvykkyyttä, pärjäävyyttä ja sopeutumiskykyä. (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016, 1759–1760.) Mielenterveyden häiriöt ovat yhteydessä epäedullisiin elintapoihin ja heikentävät elämänlaatua aiheuttamalla ihmiselle kärsimystä, mielen sairautta sekä huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle esimerkiksi tupakoinnin lisääntyttä ja liikunnan vähennyttä (Korkela & Korkela 2008, 275; Solin, Appelqvist-Schmidlechner, Nordling & Tamminen 2018, 1).

Epäterveelliset elintavat aiheuttavat sairauksia ja sairaudet aiheuttavat haasteita mielenterveyteen. Omilla elintapavalinnoilla, kuten monipuolisella ruokavaliolla, riittävällä unella, säännöllisellä liikunnalla ja kohtuullisella päihteiden käytöllä voidaan vaikuttaa mielenterveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Yhteiskunta vaikuttaa myös merkittävästi ihmisen mielenterveyteen ottamalla vastuun siitä, että ihmisillä on mielenterveyttä suojeleva ja tukeva asuin ympäristö. Mielenterveyden tila tulee usein esille vastoin käymisten aikana. Pärjäävyys ja selviytyminen vaikeasta elämäntilanteesta riippuu mielenterveyden vahvuudesta. (Solin, Appelqvist-Schmidlechner, Nordling & Tamminen 2018, 1–4.)

Monet tutkimukset osoittavat, että ulkonäkö, oma kuva, psyykkinen hyvinvointi ja ihmissuhteet vaikuttavat mielenterveyteen (Andersson ym. 2010, 10–11; Miquel, Palomares & Feu 2014, 124). Purennankorjausleikkaus on yksi keino muuttaa esteettisesti kasvojen ulkonäköä. Osa potilaista odottaa, että leikkauksen jälkeen ihmissuhteet paranevat ja psyykkiseen hyvinvointiin tulee positiivisia muutoksia. (Andersson ym. 2010, 10–11; Miquel, Palomares & Feu 2014, 124.) Tutkimukset ovat osoittaneet, että purennankorjausleikkausprosessi vaikuttaa elämänlaatuun heikentävästi, ja tässä miesten ja naisten välillä on todettu olevan eroja (Silvola 2014, 5). Purennankorjausleikkausta ei voida suorittaa, jos potilaalla on lähtökohtaisesti liikaa mielenterveysongelmia ja muita taustasairauksia. Läheisten tuki tai vertaistuki on ensiarvoisen

tärkeää hoidon aikana, koska negatiivisia esteettisiä ja sosiaalisia vaikutuksia ilmenee pitkän oikomishoidon aikana. Epätasapainoisen omantunnon ja minäkuvan vuoksi sosiaaliset suhteet voivat olla ennen hoitoa heikot. (Miquel ym. 2014, 130.) Psykkiset vaikutukset purennankorjausleikkausten yhteydessä ovat lähtökohtaisesti yleisempiä naisilla kuin miehillä (Rusanen, Lahti, Tolvanen & Pirttiniemi 2010, 47). Potilaiden odotukset, käsitykset ja motivaatio ovat merkityksellisiä onnistuneen leikkauksen lopputulokselle (Miquel, Palomares & Feu 2014, 136).

Tupakka

Tupakointi on yksi hyviä elintapoja haittaava tekijä ja aiheuttaa koko elimistölle vahinkoa. Tupakoinnin merkittäviä terveyshaittoja ovat esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelinsairaudet, keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, suusairaudet, kohonnut tyypin 2 diabetesriski, silmän rappeumasairaus ja ihomuutokset. Lisäksi tupakoinnista johtuvat sairaudet tuovat lisäkustannuksia yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos arvioi vuonna 2015 tupakoinnista johtuvia kustannuksia pelkästään terveydenhuololle 277 miljoonaa euroa (erikoissairaanhoidon kustannuksista 3,1–3,4 %, poliklinikakustannuksista 1,7 %, vastaanottokäyntien kustannuksista 2,9–4,4 %). (Patja 2016, Duodecim.)

Tupakoinnin lopettamisen eteen on tehty vuosien aikana töitä uudistamalla lainsäädäntöä ja toteuttamalla kampanjoita tupakoinnin vähentymiseksi. Lainsäädäntö on kieltänyt tupakoinnin työpaikoilla, julkisilla paikoilla, kuten sairaalaloissa ja ravintoloissa. (Orisasami & Ojo 2016, 786–790.) Suomessa tupakkalakia on uudistettu vuonna 2016. Uuden tupakkalain tavoitteena on, että vuonna 2030 enintään 5 % väestöstä käyttää tupakka- tai nikotiinituotteita päivittäin. Vuonna 2018 työikäisistä miehistä 19 % ja naisista 11 % käytti jotain tupakkatuotteita päivittäin ja satunnaisesti jotain tupakkatuotetta käytti miehistä 32 % ja naisista 18 %. (Ruokolainen & Ollila 2019, 1.) Tupakoinnin vähentäminen ja lopettaminen alkaa ihmisen omasta päätöksestä, mutta tähän voidaan vaikuttaa ja motivoida elintapaohjauksella (Andersson ym. 2010, 10–11).

Tupakoinnin lopettaminen on erityisen tärkeää ja hyödyllistä silloin, kun leikkaushoito on tulossa. Tupakoinnin lopettaminen parantaa hoidon tuloksia ja vähentää

leikkauskomplikaatioita 30–40 %:lla. Tupakoinnista johtuva keuhkojen runsas li-maneritys altistaa keuhkokuumeelle. Tupakoinnista tuleva häkä vähentää veren hap-pipitoisuutta ja vähentää kudosten hapensaantia ja samalla verenkiertoa. Tämä vai-kuttaa haavojen paranemiseen negatiivisesti. Parhaan hyödyn saamiseksi tupakointi tulee lopettaa noin kaksi kuukautta ennen leikkausta. (Leikkausta edeltävä arviointi, 2014; Patja 2016, Duodecim; Terveyskyla.fi, leikkaukseen tulijalle.) Purennankorjaus-potilaan leikkaus aiheuttaa leikkaushaavojen lisäksi laajat turvotukset kasvojen alu-eelle, mikä aiheuttaa nenän tukkoisuutta ja hankaloittaa syömistä, puhumista ja hen-gittämistä (Posnick 2014, 220). Tupakoinnin lopettamisen hyötyjä nähdään jo vuoro-kauden jälkeen. 1–3 vuorokauden kuluttua häkä häviää keuhkoista, keuhkot puhdis-tuvat limasta, sydänkohtauksen riski pienenee ja haju- ja makuaisti paranevat. Kol-men kuukauden jälkeen liikkuminen helpottuu, koska yskä ja hengitysvaikeudet vä-henevät. 1–2 vuoden päästä sekä sepelvaltimotaudin että sydänkohtauksen riski pie-nenee. 10-vuotta tupakoinnin lopettamisesta keuhkosyövän riski puolittuu, munuais-syövän vaara pienenee tupakoimattomien tasolle sekä ahtautuneiden verisuonien tila parantuu. (Luoto & Aittasalo 2011.)

Alkoholi

Alkoholin liiakäyttö heikentää terveyttä ja hyvinvointia merkittävästi. Liiakäyttö eli riskikäyttö tarkoittaa sitä, että viikoittainen alkoholin kulutus on 16 annosta (tai enemmän) naisilla ja 24 annosta (tai enemmän) miehillä, tai juominen on humalaha-kuista, tai kertakulutus on 5 annosta (tai enemmän) naisilla ja 7 annosta (tai enem-män) miehillä. (Egholm, Pedersen, Møller, Adami, Juhl, Tønnesen 2018, 6 & 14; Luoto & Aittasalo 2011.) Kansainvälisessä vertailussa suomalaiset kuluttavat alkoholia kes-kitasolla muuhun eurooppalaisten kokonaiskulutukseen verraten. Juomatavat puo-lestaan poikkeavat siten, että suomalaiset kuluttavat kerralla pohjoiseurooppalaisit-tain keskimääräistä suurempia määriä kuin eteläeurooppalaiset. Alkoholisairaudet ai-heuttavat tupakoinnin tavoin huomattavia kustannuksia terveydenhuollolle. Vuonna 2017 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekisteröitiin noin 22 900 hoitojaksoa. (Mä-kelä 2019, Duodecim.)

Runsaan alkoholinkäytön aiheuttamia merkittävimpiä sairauksia ovat alkoholiriippuvuus, alkoholimyrkytys, alkoholipsykoosit, alkoholimaksasairaudet ja haimatulehdus (Mäkelä 2019, Duodecim). Alkoholien liikakäyttö voi myös aiheuttaa sydämen rytmihäiriöitä, unihäiriöitä, heikentää stressin sietoa, aiheuttaa psykiatrisia sairauksia (kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja suurentunutta itsemurhariskiä), hormoni- ja ravitsemushäiriöitä, verenpaineen nousua, aivoverenvuodon riskiä sekä maksan vajaatoimintaa, joka vaikuttaa veren hyytymiseen. Alkoholien liikakäyttö aiheuttaa myös leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita, kuten infektioita, verenvuoto-ongelmia, sydän- ja keuhkoelinten toimintahäiriöitä ja deliriumia eli alkoholista johtuvia vieroitusoireita. (Egholm, Pedersen, Møller, Adami, Juhl, Tønnesen 2018, 6 & 14; Luoto & Aittasalo 2011; Mäkelä 2019, Duodecim.)

Alkoholinkäytöstä on merkittävää haittaa myös purennankorjauspotilaan hoidon aikana. Useimmat alkoholien liikakäytön aiheuttamat muutokset korjaantuvat kokonaan tai osittain 1–2 kuukaudessa alkoholista pidättäytymisen aikana ja leikkauksen jälkeiset komplikaatiot voidaan välttää alkoholien käytön lopettamisen myötä ennen leikkausta. (Egholm ym. 2018, 6; Leikkausta edeltävä arviointi, 2014; Terveyskylä.fi, leikkaukseen tulijalle.)

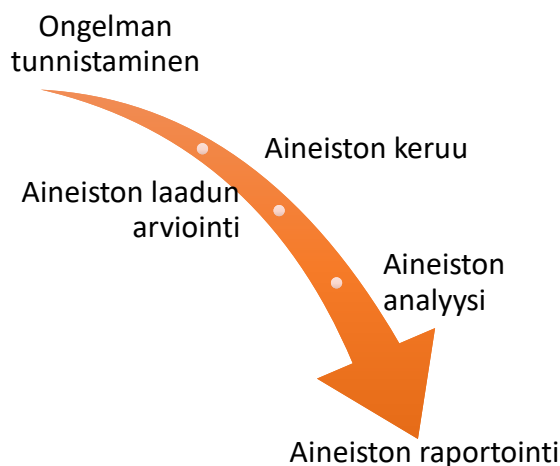
4 Toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tuloksena halusin tuottaa lisätietoa ja työkaluja elintapaohjauksesta suu- ja leukakirurgian klinikalle, jotta purennankorjauspotilaan hoidon laatua, potilastyytyväisyyttä ja hoidon tehokkuutta parannettaisiin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tehdä tutkimusta tutkimuksista (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 23). Kirjallisuuskatsauksessa tehdään yhteenvetoa keskeisistä käsitteistä, teorioista ja muiden tutkimusten tuloksista. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena ei ole tuoda omia kannanottoja esille, vaan katsauksessa arvioidaan kriittisesti aikaisempia tutkimuksia, käsitellään kirjallisuutta

ja siihen liittyvää keskustelua. (Coughlan, Cronin & Ryan 2014, 5.) Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavan ja käsiteltävän kirjallisuuden tulee vastata tutkimuskysymykseen (Coughlan ym. 2014, 65).

4.1 Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tein kirjallisuuskatsauksena. Tein tietoperusta pohjaa kehitettävälle toiminnalle, jotta aihe ymmärretään kokonaisvaltaisesti (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 23). Kolmesta eri kirjallisuuskatsaustyyppistä valitsin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen. Muita katsaustyyppejä ovat systemaattinen ja määrällinen meta-analyysi tai laadullinen metasynteesi. (Stolt ym. 2015, 8.) Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi tehdä kahdella muotoa, narratiivisesti ja integratiivisesti. Opinnäytetyölleni sopivampi muoto oli integratiivinen kirjallisuuskatsaus. Halusin kuvata asiaa mahdollisimman monipuolisesti ja mahdollisesti tuottaa myös uutta tietoa, mitkä ovat tyyppillisiä ominaisuuksia valitulle katsausmuodolle. (Coughlan ym. 2014, 17; Salminen 2011, 6–8.) Integratiivisen katsauksen lähestymistapa sallii monipuolisten tietolähteiden käyttämisen. Menetelmä tiivistää aikaisemman empiirisen tai teoreettisen kirjallisuuden tuottamalla kokonaisvaltaisemman ymmärryksen aiheesta tai tutkittavasta ilmiöstä. (Whittemore & Knafl 2005, 546; Hopia, Latvala & Liimatainen 2016, 663.) Integratiivinen kirjallisuuskatsaus käsittää viisi vaihetta (ks. kuvio 5.): 1. Ongelman tunnistaminen tutkimuskysymyksen ja tutkimuksen tarkoituksen selkeällä määrittämisellä, 2. Aineiston keruu eli kirjallisuushaku, jossa määritellään tarkasti hakustrategia, 3. Aineiston laadun arviointi, jossa panostetaan aitouteen, laatuun, tiedon arvoon ja käytössä olevien tutkimusten hyödyllisyyteen, 4. Aineiston analyysi, joka sisältää pelkistämisen, esittämisen, vertailun ja johtopäätökset, 5. Aineiston raportointi eli tulosten esittäminen, jossa tulokset kootaan yhteen kokonaisvaltaiseksi esitykseksi. (Hopia ym. 2016, 663; Stolt ym. 2015, 111–113.) Hyvin tehty integratiivinen kirjallisuuskatsaus antaa mahdollisuuden hyödyntää tietoa suoraan käytäntöön (Whittemore & Knafl 2005, 546).



Kuvio 5. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet

4.2 Tutkimusongelma

Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen aloitin tutkimusongelman määrittelyllä. Tutkimuksen etenemistä eri vaiheissa helpottaa tutkimusongelman tarkka määrittely ja selkeä ajatus siitä, mihin kysymykseen haetaan vastauksia. (Stolt ym. 2015, 24–32; Whitemore & Knafl 2005, 548.) Opinnäytetyön tutkimusongelmana oli elintapaohjauksen puuttuminen purennankorjauspotilaan ohjauksen sisällöstä. Purennankorjauspotilaan ohjausmateriaalit ovat niukat toimenpiteen laajuuteen ja kokonaishoidon kestoon nähden. Purennankorjauspotilaan leikkaukseen valmistautuminen ja siitä toipuminen vaatii mielenterveyden vahvuutta. Teoreettiseen viitekehykseen viitaten, hoidon aikana aiheutuvat ulkonäkö- ja ravitsemusmuutokset horjuttavat mielen hyvinvointia. Oikomishoidon aiheuttamat kasvojen alueen kiputilat vaikuttavat syömiseen, mieleen ja omaan käyttäytymiseen. Liikkuminen voi heikentyä jaksamattomuuden tai masentuneisuuden vuoksi. Päihteiden käytön lopettaminen voi tuottaa haasteita hyvinvoinnille. Opinnäytetyön näyttöön perustuvan tiedon avulla suu- ja leukakirurgian yksikkö kehittää ohjausmenetelmiä ja täydentää kirjallista materiaalia elintapaohjauksen osalta. Opinnäytetyön idea lähti suu- ja leukakirurgian klinikan ohjaustarpeista. Kirjallisuuskatsauksella hain vastauksia kysymyksiin: 1. Miten elintapaohjausta on toteutettu terveydenhuollon asiakkaana olevalle, ja mitä tuloksia on saatu? 2. Millä keinoin elintapaohjausta voidaan toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla?

4.3 Kirjallisuushaku ja hakustrategia

Kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa tehdään kirjallisuushakua ja aineiston valintaa. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan kirjallisuuden hakuprosessissa käyttää tietokantahakuja tutkimusrekistereistä, päiväkirjoja, lehtiä, internetiä ja blogeja. Ennen tietokantahakuja tulee määritellä tarkasti hakustrategia ja määritellä asiasanat. Hakustrategiaa määriteltäessä laadittiin sisäänottokriteerit (ks. kuvio 6.). Tällä strategialla varmistetaan, että katsaus pysyy hallinnassa. (Stolt ym. 2015, 24–32 & 111; Whitemore & Knafl 2005, 549.) Aineistoa keräsin alle 10-vuotta vanhoista julkaisuista. Tietokantahakuja tein PubMed, Cinahl, Medic ja Cochrane -tietokannoista hakusanoilla ”orthognathic patient” (purennankorjauspotilas) OR ”orthognathic surgery” (purennankorjausleikkaus) OR ”orthognathic” (purennankorjaus) AND ”lifestyle guidance” OR ”lifestyle advice” OR ”lifestyle counselling” (elintapaohjaus ja -neuvonta). Tietokantahakuprosessissa (ks. liite 3.) kohderyhmä rajautui purennankorjauspotilaisiin ja / tai elintapaohjausta saaviin aikuisiin (16–44-vuotiaat). Suuren tutkimusaineiston vuoksi aineistoksi hyväksyin vain tutkimukset, tutkimusartikkelit tai väitöskirjat. Tutkimusaineistoksi hyväksyin englannin- ja suomenkieliset julkaisut. Sisäänottokriteereissä vaadin, että aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Lisäksi tutkimuksesta halusin luettavaksi koko teksti ja lähdeluettelo, eli tiivistelmät ja muut lisämaksulliset tutkimuslähteet hylättiin. Mukaan otettujen tutkimusten tuli sisältää elintapaohjaus -käsite, ja elintapaohjaus tuli olla toteutettu terveydenhuollossa joko sairaalolosuhteissa tai avoterveydenhuollossa. Tietokantahakujen lisäksi teoreettiseen viitekehykseen keräsin aineistoa VESOTE-hankkeen koulutusmateriaalista. Koulutuksen tieto on ajankohtaista ja tutkittuun tietoon perustuvaa, joten tieto on luotettavaa. UKK-instituutti on luovuttanut koulutusmateriaalit käytettäväksi sairaanhoitopiireille hankkeen päättymisen (12 / 18) jälkeen. (VESOTE-hanke 2017–18.)

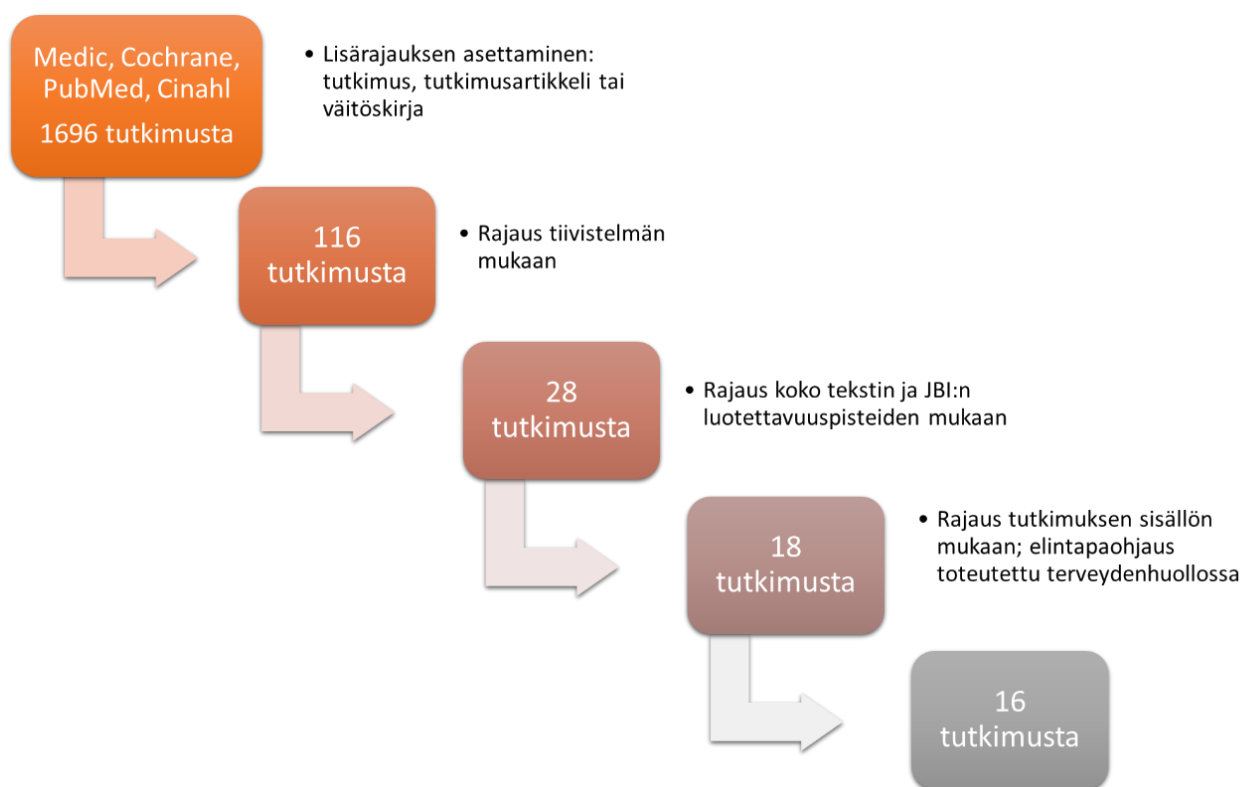
| Sisäänottokriteerit: |
|--|
| englannin- ja suomenkieliset julkaisut |
| Kohderyhmänä aikuiset yli 16–44-vuotiaat |
| Aineisto on julkaistu 2009–2019 välillä |
| Aineisto on tutkimus, tutkimusartikkeli tai väitöskirja |
| Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin |
| Aineistosta on saatavilla koko teksti ja lähdeluettelo |
| Aineisto Sisältää käsitteen Tai sen synonyymit: elintapaohjaus |
| Elintapaohjausta annettu terveydenhuollossa |
| Tutkimukset, joiden kohderyhmänä on leikkauspotilas tai elintapaohjausta saava |
| Joanna briggs instituutin tutkimuksen laadunarvioinnin tarkistuslistasta saa vähintään 7 / 10 ”kyllä” tai 7 / 11 ”kyllä” |

Kuvio 6. Sisäänottokriteerit

4.4 Aineiston arviointi

Arviointivaiheessa perehdyin valittujen tutkimusten pätevyyteen ja tulosten yleistettävyyteen (Stolt ym. 2015, 67). Arvioin, miten valittujen tutkimusten tieto liittyy tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin sekä arvioin tutkimusten luotettavuutta (Stolt ym. 2015, 24–32). Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa laadun arviointi on haastavaa. Laadun arviointia tein katsomalla kriittisesti sisäänotto- ja poissulkukritee-

ristöä ja lukemalla tutkimuksia sekä artikkeleita kriittisesti hyödyntäen laadunarviointipisteytystä. (Whittemore & Knafl 2005, 550.) Lisäksi raportoin, millaista lähdemateriaalia käytin ja miten (Stolt ym. 2015, 112). Tutkimusten arviointi on laadukkaampaa kahden arvioijan tekemänä ja tuloksia vertaamalla, mutta tässä opinnäytetyössä oli vain yksi tekijä ja arvioija, mikä heikentää arvioinnin laatua (Stolt ym. 2015, 75). Laadunarvioinnissa käytin Joanna Briggs instituutin laadullisen tutkimuksen- ja systemaattisen katsauksen tarkistuslistoja (ks. liite 1. & 2.). Tutkimuksia arvioin kriittisesti tarkastellen ja tarkistuslistoja hyödyntäen. Tutkimusvalintaprosessi on kuvattu alla (ks. kuvio 7.).



Kuvio 7. Tutkimusvalintaprosessi

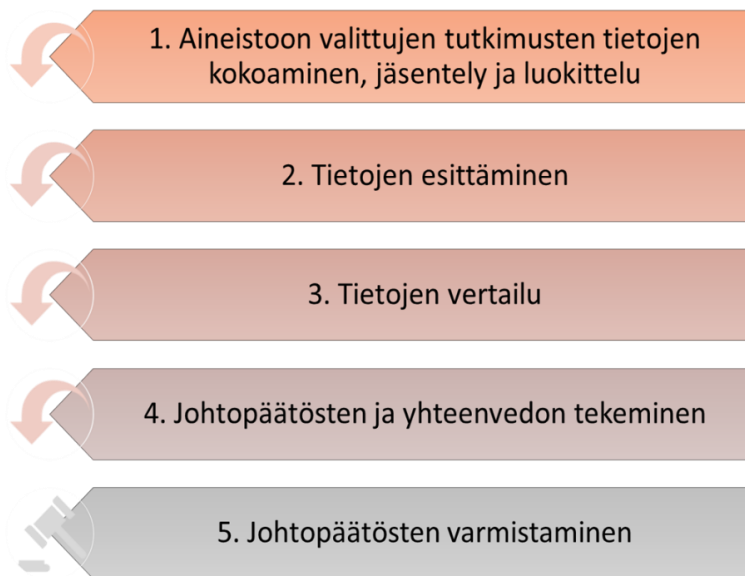
Tietokantahakuja tehdessä tutkimuksia löytyi 1696 kappaletta. Tämän haun jälkeen jatkoin rajaamista ottamalla mukaan ainoastaan tutkimukset, tutkimusartikkelit ja väitöskirjat, minkä jälkeen tutkimuksia jäi 116 kappaletta. Luin näiden tutkimusten tiivistelmät, ja se poissulki 88 tutkimusta. Jäljelle jääneet 28 tutkimusta luin perin

pohjin ja tein luotettavuusarvioinnin jokaisesta tutkimuksesta Joanna Briggs institutuin tarkistuslistojen mukaan (Joanna Briggs institute 2017a; Joanna Briggs institute 2017b). 18 tutkimusta sai luotettavuusarvioinnissa vähintään 7 ”kyllä” vastausta, joten nämä hyväksyin aineistoksi. Halusin vielä parantaa tulosten hyödynnettävyyttä niin, että elintapaohjaus on toteutettu terveydenhuollon ympäristössä, joten tämä poisti vielä kaksi tutkimusta. Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen analysoitavaksi aineistoksi jäi siis 16 tutkimusta. Aineiston poissulkusyyt olivat: elintapaohjaus toteutettu muussa kuin terveydenhuollon ympäristössä (3 tutkimusta), osoittautui muuksi kuin tutkimukseksi (1), ei vastannut tutkimuskysymyksiin (2), löytyi vain tiivistelmä luettavaksi (2), ei sisältänyt ohjausta (4) ja ei saatu tuloksia (1).

4.5 Aineiston analyysi ja sisällönanalyysi

Kirjallisuuskatsauksen analyysissä järjestetään ja vedetään yhteen tutkimusten tuloksia eli tehdään sisällönanalyysia ja synteisiä järjestelmällisesti. Luokittelu, teemoittelu ja käsitteellistäminen ovat hyviä järjestelyn malleja. Tutkimuksesta poimitut tiedot erotellaan toisistaan ja samanlaiset tiedot yhdistetään, joista tulee aihealueittain teemoja ja luokkia. (Whittemore & Knafl 2005, 550; Stolt ym. 2015, 24–32.) Sisällönanalyysillä tuotin tietoa kerätystä aineistosta ja hain vastauksia tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2012, 112–113). Analyysin vaiheet ovat: 1) Aineistoon valittujen tutkimusten tietojen kokoaminen, jäsentely ja luokittelu, 2) tietojen esittäminen esimerkiksi taulukon avulla, 3) tietojen vertailu kaavan ja teemojen tai eri suhteiden hahmottaminen, 4) johtopäätösten tekeminen yhteenvetona (samanlaisuuksien ja eroavaisuuksien osoittaminen) ja 5) johtopäätösten varmistaminen, alkuperäisten lähteiden suhde tuloksiin, ristiriitojen tunnistaminen ja vaihtoehtoisten olettamuksien osoittaminen (Stolt ym. 2015, 113; Coughlan ym. 2014, 108).

Taulukko 1. Havainnollistaminen analyysin etenemisestä



Sisällönanalyysi

Analysoitujen tutkimukset luokittelin ja laitoin teemoihin sisällönanalyysissä (ks. liite 4.). Taulukossa 2. on tiivistelmä tehdystä sisällönanalyysistä asian havainnollistamiseksi. Pääteemaksi määrittelin ohjausmenetelmät, eli ohjausta annettiin yksilöohjauksena, ryhmäohjauksena, puhelinohjauksena, motivoivana haastatteluna, etä- / digiohjauksena, interventiona ja kirjallisen ohjeen / materiaalin avulla. Alateemana oli elintapaohjauksen sisällöt, joita käsitelin laajemmin opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa. Sisältö käsittää ravitsemusasioita, liikunta-asioita, liikunta-aktiivisuutta, fyysistä aktiivisuutta, painonlaskua, stressin hallintaa, mielenterveyttä, niukasti unen merkitystä ja vielä alkoholin ja tupakoinnin vaikutuksia terveyteen ja hoitojaksoon. Lisäksi tutkimuksissa annettiin elämäntapavalmennusta, tehtiin terveyteen liittyviä mittauksia (BMI (painoindeksi), verenpaine, verensokeritesti, vyötärön ympärys, paino, pituus, hengitystesti, verinäytteitä, fyysisen aktiivisuuden testi), annettiin kyselylomakkeita taustojen selvittämiseen ja toteutettiin haastatteluita ja vuorovaikutuskohtaamisia seuranta-aikaa unohtamatta.

Alaluokkana oli annetun elintapaohjauksen tuloksia. Toinen alaluokka tiivisti tuloksia edelleen kuvaamalla mitä potilasvaikutuksia annetusta elintapaohjauksesta saatiin.

Yläluokaksi muodostui elintapaohjaukseen liittyviä vaikutuksia; terveyden edistäminen, elintapojen paraneminen, elintapaohjauksen tärkeys, terveyden ylläpitäminen, koulutuksen ja osaamisen puute, ennaltaehkäisevä ohjaus, psyykinen tuki, kustannussäästöt, potilastyytyväisyys ja fyysisien ominaisuuksien merkitys. Pääluokaksi määräytyi käsitteet, jotka sisältävät edellä mainittuja elintapaohjausvaikutuksia; Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, lisäkoulutus, psyykinen tuki ja kustannussäästöt. Edellä mainitut käsitteillä perustellaan elintapaohjauksen seurauksia. Halutaan edistää terveyttä ja ylläpitää hyvillä elintavoilla terveyttä. Elintapaohjaus vaatii lisää koulutusta ammattilaisille, jotta se olisi uskottavaa ja sillä saadaan toivottuja tuloksia. Elintapaohjauksella tehdään kustannussäästöjä kunnissa sekä asiakastasolla että kuntatasolla. Opinnäytetyön alussa määrittelin elintapaohjausta, jonka tavoitteena on hyvinvointi ja onnellisuus. Nämä pääluokan käsitteet tähtäävät samaan tavoitteeseen ja ovat lopputuloksia sisällönanalyysille.

4.6 Aineiston raportointi

Katsauksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan eli esitetään ja tulkitaan mahdollisimman tarkasti. Raportoinnissa pohditaan kriittisesti tulosten hyödynnettävyyttä eri näkökulmista ja pohditaan lisää luotettavuustekijöitä. (Stolt ym. 2015, 24–32.) Luotettavuustekijöitä ovat raportin selkeys ja ymmärrettävyys, jotka vaikuttavat tulosten hyödynnettävyyteen. Tulosten raportointi on eettinen velvoite, jolloin oikeudenmukaisuus toteutuu. Eettisesti hyvä raportointi on avointa, rehellistä ja tarkkaa. (Kylmä & Juvakka 2012, 133 & 154.) Tulosten raportoinnissa vastasin tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen (Stolt ym. 2015, 84). Integroidun kirjallisuuskatsauksen koko raportoinnin sisältövaatimusten mukaisesti opinnäytetyö sisältää katsauksen fokuksen, tiedonhakustrategian, aineiston valintakriteerit, laadun arvioinnin, aineiston keruun, aineiston synteessin, tulokset ja pohdinnan (Stolt ym. 2015, 114).

5 Tulokset

Analysoitaessa tutkimuksia jaottelin tulokset kahteen osaan tutkimuskysymysten mukaan. Ensimmäisessä osassa kerron, millä ohjausmenetelmillä elintapaohjausta on toteutettu terveydenhuollon potilaalle, ja mitä tuloksia niistä on saatu. Toisessa osiossa kerron, millä keinoin elintapaohjausta voidaan toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla. Kaikkien 16 tutkimuksen analyysit ja tulokset löytyvät eriteltynä liitteenä työn lopussa (ks. liite 5.). Tulokset on kuvattu aineistosta löydetystä asiayhteyksistä yhteenvedona, eli alla olevat tiedot ovat analysoiduista tutkimuksista peräisin.

Analysoiduissa tutkimuksissa käsiteltiin potilaan taustatekijöiden (motivaatio, voimavarat, ympäristö, kannustamisen vaikutukset ja mahdollisuudet) vaikutuksia sekä terveyskäyttäytymisen vaikutuksia elintapaohjauksen toteutuksessa. Lisäksi aiheina olivat terveyden ylläpitäminen, terveyden edistäminen, käyttäytymiseen liittyvät oh-

jausmetodien vaikutukset ja mahdollisuudet, luottamussuhde ammattilaisen ja potilaan välillä, psyykkisen tuen vaikutukset muutoksessa, vuorovaikutuksen moninaisuudet sekä leikkauspotilaan hoitopolun vaiheita elintapojen näkökulmasta.

Tutkimuksissa ohjausta toteuttivat terveydenhuollon ammattilaiset; sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lääkärit, ravitsemusterapeutit ja liikuntaneuvojat. Kohderyhmänä oli aikuiset leikkauspotilaat, raskaana olevat, tyypin 2 diabetesta sairastavat tai riskipotilaat, purennankorjauspotilaat, ylipainoiset, suolistosyöpää sairastavat potilaat, aivohalvauspotilaat, sepelvaltimosairaudesta kärsivät potilaat ja aivoverenkiertohäiriöpotilaat. Tutkimusten kohderyhmät ovat siis kaikki terveydenhuollon asiakkaana olevia potilaita. Lisäksi tutkimuksissa arvioidaan ammattilaisten antaman ohjauksen vaikutuksia terveydenhuollon asiakkaisiin ja arvioidaan miesten ja naisten välisiä eroja.

5.1 Toteutettu elintapaohjaus

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli: ”Miten elintapaohjausta on toteutettu terveydenhuollon asiakkaana olevalle, ja mitä tuloksia on saatu?”. Elintapaohjausta voidaan antaa erilaisia ohjausmenetelmiä yhdistäen ja hyödyntäen. Tutkimuksia analysoidessa erottui 7 eri ohjausmenetelmää: yksilöohjaus, ryhmäohjaus, puhelinohjaus, motivoiva haastattelu, etä- / digiohjaus, interventio ja kirjallinen ohje / materiaali.

Nämä 7 teemaa ovat tuloksien pääteemoja, joiden sisällöt kerron seuraavassa tulosten kuvauksessa yksitellen. Alateemaksi määrittelin elintapaohjauksen sisällöt eli teoriaosuudessa kerrotut elintapojen osa-alueet, jotka ovat ravitsemus, liikunta, uni, mielenterveys, alkoholi ja tupakka. Sisällönanalyysi löytyy liitteestä 4. ja ohjausmenetelmien yhteenveto erittelyn lopussa (ks. taulukko 3.). Uniohjausta annettiin vähiten tai ei ollenkaan, kun taas ravitsemusohjausta ja liikuntaohjausta annettiin eniten. Usein elintapoihin mielletäänkin ravitsemus ja liikunta tärkeimmiksi osa-alueiksi.

5.1.1 Yksilöohjaus

Kaikista valituista 16 tutkimuksesta yksilöohjausmenetelmää oli käytetty viidessä tutkimuksessa ravitsemusohjaukseen ja liikuntaohjaukseen, neljässä tutkimuksessa mielenterveysohjaukseen, kolmessa tutkimuksessa alkoholi ja tupakka oli mainittuna ja

uniohjausta oli annettu kahdessa tutkimuksessa. Tuloksissa ilmeni, että potilaille annettu tieto ravitsemuksesta ja liikunnasta oli lisääntynyt. Potilaiden itsearvioitu terveys oli parantunut ja elintapoihin oli saatu positiivisia vaikutuksia, esimerkiksi fyysistä muutoksia ja painon laskua. (Enberg 2018; Oikarinen 2016.) Elintapaohjeiden antaminen sekä ensiapukäynnin että perusterveydenhuollon käynnin aikana koettiin tärkeäksi elintapojen muutoksen aloituksen tai jatkamisen kannalta (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh 2015). Yksilöohjaus oli tehonnut motivaation kannustimena ja keskustelumahdollisuus todettiin tarpeelliseksi. Esimerkiksi negatiivisten tunteiden käsittely hoidon aikana auttoi potilaita. (Mendes Miquel, Palomares & Feu 2014; Samdal, Barth, Williams & Meland 2017.) Poltettujen savukkeiden määrä väheni ja tupakoinnin lopettaminen lisääntyi. Elintapaohjeet yksilöohjauksena koettiin tärkeäksi ennen ja jälkeen leikkauksen tai hoidon. (Mendes Miquel ym. 2014; Oikarinen 2016.) Yksilöohjauksen tueksi puhelinohjaus ja / tai ryhmäohjaus koettiin parantavan ohjauksen toimivuutta (Ammentorp, Yhrenfeldt, Angel, Ehrensverd, Carlsen & Kofoed 2013).

5.1.2 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus oli yleisin elintapaohjausmenetelmä. Ryhmäohjausta oli annettu kaikista tutkimuksista ravitsemusohjauksena (9), liikuntaohjauksena (8), tupakka ja alkoholin tukiohjauksena (6), mielenterveysohjauksena (4) ja uniohjauksena (2). Ryhmäohjauksessa tieto lisääntyi etenkin ravitsemuksen ja liikunnan kohdalla (Anderson, Steele & Coyle 2013; Enberg 2018). Terveiden koettiin parantuneen ja terveellisiä elintapoja pystyttiin ylläpitää (Gilis-Januszewska, Piwońska-Solska, Lindström, Wójtowicz, Tuomilehto, Schwarz, Kissimova-Skarbek, Szybiński, Windak & Hubalewska-Dydejczyk, 2018; Jewell, Avery, Barber & Simpson 2014; Rahman, Fongkaew, Pinyokham & Tachaudomdach 2017). Ryhmäohjauksella saatiin positiivisia tuloksia yhdistelemällä yksilö- ja puhelinohjausta (Ammentorp ym. 2013). Ennaltaehkäisevä neuvonta koettiin myös toimivaksi ja hyödylliseksi (Oikarinen, Engblom, Kääriäinen & Kyngäs 2017). Ohjauksen osaaminen oli osaltaan heikkoa, mikä vaikutti ryhmäohjauksen ristiriitaisiin tuloksiin kahdessa tutkimuksessa (Lawrence, Watson, Paton & Ellis 2010; Nymberg & Drevenhorn 2016).

5.1.3 Puhelinohjaus

Puhelinohjausta oli annettu viidessä tutkimuksessa ravitsemusohjauksena, kolmessa liikuntaohjauksena, kahdessa mielenterveysohjauksena, kahdessa alkoholi ja tupakkaohjauksena ja yhdessä uniohjauksena. Puhelinohjaus koettiin tärkeäksi ennen leikkausta, koska se lisäsi potilaiden motivaatiota (Mendes Miquel 2014). Lisäksi realistiset käsitykset ja odotukset olivat merkittävässä roolissa positiivisten kirurgisten ja psykologisten tulosten saavuttamisessa. Yleisesti potilastyytyväisyys parani, ja useimmat potilaat suosittelivat puhelinohjausta käytettäväksi elintapaohjausmenetelmänä, hoito-ohjeiden neuvonnassa sekä motivoinnissa. (Anderson ym. 2013; Gilis-Januszewska ym. 2018; Jewell ym. 2014; Mendes Miquel ym. 2014; Wu, Forbes & While 2010.) Puhelinohjaus koettiin mukavaksi, koska sisältö vastasi tuen tarvetta. Esimerkiksi itsetunto koettiin paremmaksi ohjauksen jälkeen. Lisäksi puhelinohjauksella pidettiin hoidon kustannuksia alhaisina. (Wu ym. 2010.) Puhelinohjaus yhdistettynä muihin ohjausmenetelmiin koettiin toimivaksi (Ammentorp ym. 2013).

5.1.4 Motivoiva haastattelu

Tuloksissa ilmeni, että motivoivaa haastattelua hyödynnettiin lähinnä ravitsemusohjauksessa (5) ja liikuntaohjauksessa (4). Yhdessä tutkimuksessa motivoivaa haastattelua käytettiin mielenterveys-, alkoholi- ja tupakkaohjaukseen, mutta uniohjaukseen tätä ei käytetty. Tutkimuksissa motivoiva haastattelu lisäsi luotettavuutta ja avoimuutta ammattilaisen ja potilaan välillä (Nymberg & Drevenhorn 2016; Samdal ym. 2017). Keskustelevan haastattelun aikana asetetut tavoitteet, positiivinen motivointi sekä tukeminen omahoitoon ylläpitivät käyttäytymismuutoksia (Gilis ym. 2018; Samdal ym. 2017). Käyttäytymismuutokset ja elintavat olivat yhteydessä toisiinsa, joten samalla ylläpidettiin hyviä elintapoja (Jewell ym. 2014; Samdal ym. 2017). Keskustelussa nostettiin esille palautteen annon tärkeyttä ja lisäksi korostettiin sosiaalisen tuen tarvetta (Samdal ym. 2017). Yhden tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien, jotka neuvoivat potilaita muuttamaan elintapojaan, tulisi saada toistuvaa koulutusta motivoivasta haastattelusta (Nymberg & Drevenhorn, 2016).

5.1.5 Etä- / digiohjaus

Etä- ja digiohjausmenetelmää käytettiin aineiston tutkimuksissa vielä vähän, koska digitalisaation käyttö on vasta lisääntymässä terveydenhuollossa. Etä- / digiohjaus vaatii asiakaskunnalta riittävää tietoteknistä osaamista, tarvittavat laitteet sekä motivaatiota. (Hyppönen & Ilmarinen 2016, 3–4.) Ravitsemus-, liikunta- ja tupakkaohjausta esiintyi vain kolmessa tutkimuksessa, alkoholin ohjausta kahdessa tutkimuksessa ja mielenterveyden ohjausta yhdessä tutkimuksessa. Uniohjaukseen tätä menetelmää ei käytetty yhdessäkään valituista 16 tutkimuksesta. Tutkimukset osoittivat, että etä- / digiohjauksen avulla fyysinen aktiivisuus parani (Cotterez, Durant, Agne & Cherrington 2015). Ohjausta käytettiin lähinnä seurannan aikana, esimerkiksi mobiilisovelluksella, joka ohjeisti liikunta-asioissa (Oikarinen ym. 2017). Ruokavalio parani, mutta toivottuja terveysvaikutuksia ei saatu veren lipidiarvoihin tai verenpainearvoihin (Cotterez ym. 2015). Tätä ohjausmenetelmää toivottiin etenkin kotiutuuessa ja seurannan aikana, esimerkiksi 6kk jälkeen leikkauksesta tai hoidosta (Anderson ym. 2013).








5.1.6 Interventiot

Interventio on potilaan toimintaan puuttumista tai toimenpide, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan, käyttäytymiseen ja elintapoihin, esimerkiksi ennaltaehkäisevästi elintapojen, fyysisen aktiivisuuden lisäämisen ja ravitsemusohjauksen interventioita (Gilis-Januszewska ym. 2018, 2). Halusin nostaa interventiot esiin työssäni, koska interventiota ei tutkimuksissa suoranaisesti käytetty ohjausmenetelmänä, vaan suoritettiin seurantaan ryhmittäin erilaisista näkökulmista. Yhdessä tutkimuksessa tehtiin alkoholiin liittyvää interventiota, yhdessä tupakkaan liittyvää ja kolmessa tutkimuksessa tehtiin muiden menetelmien ohella interventiota ravitsemuksen ja liikunnan suhteen. Uni ja mielenterveysinterventioita ei tehty. Interventioiden tekemisellä todettiin olevan vaikutusta siihen, että leikkaukseen liittyvät komplikaatiot vähenivät (Egholm, Pedersen, Møller, Adami, Juhl & Tønnesen 2018). Myös elintapojen huomattiin parantuneen, sillä esimerkiksi alkoholinkulutus väheni ja alkoholinkäytön lopettavien lukumäärä lisääntyi (Cotterez ym. 2015; Egholm ym. 2018; Gilis-Januszewska ym. 2018; Samdal ym. 2017).

5.1.7 Kirjallinen ohje / materiaali

Kirjallista ohjetta käytettiin analysoiduissa tutkimuksissa muiden ohjausmenetelmien lisänä yllättävän vähän. Ravitsemus- ja liikuntaohjauksessa tätä käytettiin vain kolmessa tutkimuksessa, uniohjauksessa ei lainkaan ja mielenterveysohjauksessa vain yhdessä tutkimuksessa. Alkoholin ja tupakan suhteen kirjallisia ohjeita annettiin kahdessa tutkimuksessa. Kun kirjallisia ohjeita käytettiin, lisäsivät ne myönteistä suhtautumista kokonaishoitoon ja vähensivät potilaiden pelkoja sekä huolenaiheita. (Anderson ym. 2013; Gilis-Januszezwska ym. 2018.) Ennaltaehkäisevässä ohjaustuokiassa kirjallisten materiaalien hyödyntäminen oli tarpeellista (Oikarinen ym. 2017). Yhdessä tutkimuksessa oli mainittu, että kirjallinen ohje annettiin sellaisessa hetkessä, jossa potilas ei ollut valmis vastaanottamaan tietomäärää. Kirjallisista ohjeista on hyötyä, kun se annetaan oikeassa kohdassa hoitoa. (Lawrence ym. 2010.)

Taulukko 3. Yhteenveto tuloksista, ohjausmenetelmät

| OHJAUSMENETELMÄ | Hyödyt | Kehitettävää |
|---|--|---|
| YKSILÖOHJAUS  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Yksilöohjauksesta hyötyä jokaisella elintapaosa-alueella ✓ Yksilöohjausta tulisi antaa koko hoitopolun aikana; ennen hoitoa, hoidon aikana ja hoidon jälkeen | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mikäli ammattilaisilla ei ollut tietotaitoa ohjata tai potilailla oli motivaation puutetta, ohjauksesta ei koettu olevan hyötyä |
| RYHMÄOHJAUS  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ryhmäohjauksen hyödyntäminen menetelmänä kannattavaa. ✓ Annettiin vertaistuen mahdollisuus. ✓ Ohjauksen sijoittamisen suunnittelu hoidon tiettyyn vaiheeseen tärkeää | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ryhmäohjauksen osaaminen heikkoa -> koulutuksen puute ➤ Vaatii resursseja |
| PUHELINOHJAUS  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puhelinohjaus olisi otettava kaikkeen ohjaukseen mukaan; ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen seurantana ✓ Mahdollistaa tunteiden, askarruttavien kysymysten tai ajatusten keskusteluun ✓ Muistuttaminen tärkeää suuren tiedon määrän vuoksi ✓ Motivaatiotyökalu ✓ Potilastyytyväisyys ✓ Tarpeiden vastaaminen ✓ Lisää omahoito motivaatiota / käyttäytymistä ✓ Potilas kokee itsensä tärkeäksi ✓ Alhaiset kustannukset | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vaatii resursseja |
| MOTIVOIVA HAASTATTELU  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mahdollistaa taustakartoituksen ✓ Tavoitteiden asettamisen tärkeys korostuu ✓ Luodaan motivaatiota ✓ Ylläpidetään hoitoa | <ul style="list-style-type: none"> ➤ vaatii resursseja ➤ Jatkuvaa kouluttautumista haastavan ja moninaisen menetelmän vuoksi |
| ETÄ- / DIGIOHJAUS  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Etäohjaus mahdollista ja kannattavaa ✓ Hyvä seurantamenetelmä ✓ Hoidon kokonaisuus hahmottui paremmin | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ei saavutettu toivottuja terveysvaikutuksia veriarvojen tasolla |
| INTERVENTIO  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ interventoiden toteuttaminen hyödyllistä hyvien tulosten saamiseksi ✓ Paransi elintapoja | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vaatii resursseja |
| KIRJALLINEN OHJE / MATERIAALI  | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ehdottoman tärkeää ✓ Toivottiin muun ohjauksen tueksi ✓ tarkkuutta, missä kohtaa potilas on vastaanottavainen tai kirjallista materiaalia tarvitaan | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Väärässä kohdassa annettu ohjaus tai ohjausmateriaali ei antanut tarkoituksenmukaista hyötyä |

5.2 Elintapaohjauksen toteutukseen vaikuttavat tekijät

Elintapaohjausta ei voida ohjata vain tiedon varassa, vaan täytyy ottaa huomioon myös potilaan lähtökohdat. Ihmiset eivät ole samanlaisia oppijoita, joten eri menetelmiä ja keinoja hyödyntämällä saadaan toivottuja tuloksia. (Asbetz & Hankonen 2011, 2265.) Elintapaohjaukseen vaikuttavien tekijöiden tulosten yhteenveto löytyy taulukosta 4.

Edellisessä tulososiossa mainittujen ohjausmenetelmien tueksi täytyy tiedustella potilaan motivaatiota ja käyttäytymistä (Terveysliikuntautiset 2018). Analysoiduissa tutkimuksissa kerrottiin, että mikäli **motivaatiota** ei ole tai käyttäytyminen estää tulevaa muutosta, toivottu muutos parempaan on lähes mahdoton saavuttaa (Jewell ym. 2014; Mendes Miquel ym. 2014; Rahman ym. 2017; Samdal ym. 2017). Etenkin hoidon seurantakäynnit tai etänä toteutettu seurantamenetelmä tukivat elintapojen ylläpitämistä (Egholm ym. 2018; Samdal ym. 2017; Wu ym. 2010). Purennankorjauspotilaan hoito aloitetaan 2–4 vuotta ennen leikkausta, jolloin taustojen selvittämiseen ja ongelmakohtien ratkaisemiseen on hyvin aikaa. Motivaation löytäminen keskustelun avulla olisi mahdollista (Oikarinen 2016).

Se, miten **keskustellaan** ja **kommunikoidaan** potilaan kanssa, vaikuttaa analysoitujen tutkimusten mukaan muutosvalmiuteen, elintapamuutosten sitoutumiseen ja luottamukseen (Brobeck ym. 2015; Gilis-Januszewska ym. 2018; Nymberg & Drevenhorn 2016; Oikarinen 2016; Wu ym. 2010). Negatiivisten tunteiden käsittely sekä avoin keskustelu koettiin olevan hyvä lähtökohta muutokselle (Nymberg & Drevenhorn 2016). Tutkimusten tuloksista kävi ilmi, että terveydenhuollon ammattilaisten on saatava tietoa siitä, miten heidän antamansa elintapaohjaus vaikuttaa potilaan elintapojen muutokseen sekä siitä, kuinka tärkeää on ottaa elintapojen muutokset esille iästä, sukupuolesta ja koulutustasosta riippumatta (Brobeck ym. 2015).

Tuloksista ilmeni, että **luottamussuhde** potilaan ja ammattilaisen välillä on tärkeä luoda. Se lisää onnistumista ja vaikuttaa siihen, miten potilas pystyy keskustelemaan herkemmistäkin aiheista elintapojensa suhteen. (Brobeck ym. 2015; Mendes Miquel 2014; Oikarinen 2016; Oikarinen ym. 2017; Wu ym. 2010.) Kun potilas pystyi keskustelemaan ongelmakohtista ja luotti ammattilaiseen, keksittiin selviytymiskeinot kompastuskivien varalle (Nymberg & Drevenhorn 2016). Yksi tutkimus toi esille myös,

että mitä enemmän potilaalla ja lääkäriellä on yhteistä alkuperämaan, sukupuolen, iän ja koulutuksen suhteen, sitä parempi on heidän kommunikaationsa (Brobeck ym. 2015).

Purennankorjauspotilas tapaa hoitojakson aikana ennen leikkausta oikomishammaslääkäriä ja suuhygienistiä monta hoitokertaa. Tähän samaan ajanjaksoon (2–3 vuotta) olisi hyvä antaa potilaalle mahdollisuus sairaanhoitajan vastaanotolle ym. ohjaustuokiolle, jotta potilas voisi keskustella askarruttavistakin asioista ammattilaisen kanssa. **Vuorovaikutus**, resurssit sekä ohjauksen laatu olivat selkeimmin yhteydessä elintapamuutoksiin sitoutumiseen (Oikarinen 2016).

Läheisten tuen merkitys nousi lähes jokaisessa tutkimuksessa esille. Tukiverkosto voi koostua perheestä, ystävistä, sukulaisista, vertaisista ym. henkilöistä, joiden kanssa pystyy keskustelemaan tietäen, ettei tule torjutuksi tai hylätyksi (Lawrence, Kerr, Watson, Paton & Ellis 2010, 6–8). Läheisten tuella autettiin ylläpitämään terveellisiä elintapoja, tuettiin potilaan toipumista leikkauksesta tai muusta hoidosta ja vaikutettiin elintapojen käyttäytymisiin yleensä positiivisesti (Lawrence ym. 2010; Mendes Miquel 2014; Oikarinen ym. 2017; Rahman ym. 2017; Samdal ym. 2017). Yhden tutkimuksen perusteella potilaiden saama tuki hoitajilta, perheeltä ja ystäviltä, lisäsi hoidon vaikuttavuutta (Oikarinen 2016).

Vertaistukeen ei otettu missään tutkimuksissa kantaa. Vertaistukea esiintyy automaattisesti osaltaan ryhmäohjaustapaamisissa (Gilis-Januszezewska ym. 2018, 2). Purennankorjauspotilailla ei ole lainkaan ryhmäohjaustapaamista suu- ja leukakirurgian klinikalla, vaikka tällä mahdollistettaisiin vertaistuen vaikutusta esimerkiksi leikkaukseen valmistautumiseen ja siitä toipumiseen. Niin kuin teoreettisessa viitekehyksessä kerroin, purennankorjauspotilaiden omakuva ja mielenterveys vaatii tukea (Miquel ym. 2014, 130). Hoidon rinnalla tulisikin kehittää aiempaa enemmän terveyttä edistäviä mielen hyvinvointia vahvistavia toimenpiteitä, jotka parantavat elämänlaatua. (Anderson, Steele & Coyle 2013, 41; Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016, 1760).

Omat **voimavarat** ja käyttäytymisen muutokset vaikuttavat elintapojen muutoksessa (Terveysliikuntauutiset 2018). Analysoiduissa tutkimuksissa ilmeni, että elämänta-

pahtumat vaikuttivat voimavaroihin ja siten esimerkiksi vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen (Enberg 2018; Mendes Miquel 2014). Potilaan aikaisemmat kokemukset vaikuttivat ohjauksen aikana keskustelun etenemiseen. Tässä kohtaa toivottiin kiinnittämään huomiota tiedonannon ajoitukseen. (Lawrence ym. 2010; Nymberg & Drevenhorn 2016.)

Konteksti eli **ympäristö**, potilaan taustat ja sosiaalinen ympäristö olivat vaikuttavina tekijöinä elintapaohjauksessa. Useimmissa tutkimuksissa mainittiin potilaille tehdystä alkukartoituksesta, jossa potilaan taustat haastateltiin joko kirjallisesti tai suullisesti. (Enberg 2018; Lawrence ym. 2010; Mendes Miquel 2014; Rahman ym. 2017.) Tällaiseen esitietolomakkeeseen tulisi panostaa elintapojen osalta myös purennankorjausleikkauspotilaan kohdalla, jotta epäkohtiin päästäisiin puuttumaan heti. Tämä vaatisi erikoissairaanhoidon lisäresursseja, vastaanottoaikoihin pidempiä aikoja tai muita muutoksia hoitopolun varrelle.

Potilaan käyttäytymisen vaikuttavuudesta puhuttiin analysoiduissa tutkimuksissa paljon. **Käyttäytymisteorioita** (esimerkiksi sosiaalis-kognitiivinen- ja sosiaalisentuen teoria, transteoreettinen- ja terveystuskomusmallit) käytettiin ohjauksissa jonkin verran, mutta vielä liian vähän. Riskien vähentäminen todettiin ongelmien ratkaisuksi, joten ohjauksen ja neuvonnan aloittaminen akuutissa sairaalavaiheessa ja tapahtuman kytkeminen suoraan elämäntapaan liittyviin riskitekijöihin, voi lisätä käyttäytymisen muutoksen todennäköisyyttä. (Cotterez ym. 2015.)

Käyttäytymisen omavalvonnalla, tavoitteiden asettamisella ja positiivisella motivaatiolla ylläpidettiin elintapa- ja käyttäytymismuutosta eli **terveyskäyttäytymistä**. Palautteen anto ja sosiaalinen tuki korostuivat myös tässä kohtaa. (Anderson ym. 2013; Jewell ym. 2014; Samdal ym. 2017; Wu 2010.) Yhden tutkimuksen mukaan, laihtuminen ohjauksen aikana ylläpiti elintapoja jatkossa paremmin. Niille, jotka eivät onnistuneet laihtumaan ohjauksen aikana, oli elintapojen ylläpitäminen epätodennäköisempää. (Gilis-Januszewska ym. 2018.) Kahdessa tutkimuksessa elintavoista annetut tiedot olivat ristiriitaisia ja hämmentäviä, joten tämä vaikutti potilaiden käyttäytymiseensä muutosten suhteen (Lawrence 2010; Nymberg & Drevenhorn 2016). Purennankorjauspotilaan pitkän hoitojakson aikana riskien välttäminen ja ongelmien ratkaisut ovat mahdollisia toteuttaa.

Taulukko 4. Yhteenvedo tuloksista, elintapaohjaukseen vaikuttajat tekijät

| | |
|---|---|
| POTILAAN MOTIVAATIO | <ul style="list-style-type: none"> -Motivaation puute tai käyttäytyminen estävät muutosta, muutos vaikeaa ja / tai mahdotonta -Potilaan motivaatio, käsitykset ja odotukset merkittäviä tulosten saavuttamiseksi -Seurantakäynnit tärkeitä tukemaan elintapojen muutosta -Riittävä motivaatio motiivina harjoittaa terveellistä elämäntapaa |
| KOMMUNIKAATIO | <ul style="list-style-type: none"> -Terveystieteiden ammattilaisille enemmän tietoa, miten heidän antamat elämäntapaohjeensa vaikuttavat potilaan elämäntapojen muutoksiin -Keskustelun tärkeys elintavan muutoksista iästä, sukupuolesta tai koulutustasosta riippumatta |
| KESKUSTELU, VUOROVAIKUTUS | <ul style="list-style-type: none"> -Negatiivisten tunteiden käsittely tarpeellista hoidon aikana -Vuorovaikutus, resurssit ja ohjauksen laatu vaikuttaa elintapamuutosten sitoutumiseen |
| LÄHEISTEN TUKI | <ul style="list-style-type: none"> -Perheen tuki ensiarvoisen tärkeä merkitys potilaiden toipumiselle -Läheisten tuki tärkeää -> tukee potilaita ja heidän perheitään jatkuvissa positiivisissa muutoksissa -On yhteydessä tiettyihin elintapojen käyttäytymisiin ja ylläpitämään elintapoja -Riittävä tuki ja riittävät sosioekonomiset olosuhteet motiivina harjoittaa terveellistä elämäntapaa -Potilaan saama tuki hoitajilta, perheeltä ja ystäviltä, lisäsi hoidon vaikuttavuutta |
| VERTAISTUKI | <ul style="list-style-type: none"> -Toteutuu ryhmäohjauksissa, tutkimuksissa ei mainintoja vertaistuen merkityksestä |
| LUOTTAMUSSUHDE POTILAS - AMMATTILAINEN | <ul style="list-style-type: none"> -Mitä enemmän potilaalla ja lääkärillä on yhteistä alkuperämaan, sukupuolen, iän ja koulutuksen suhteen, sitä parempi on heidän kommunikaationsa -Luottamussuhde ammattilaisen kanssa vaikuttaa siihen, miten potilas keskustelee herkemmin aiheista elintapojen suhteen -Luottamus hoitajaan lisää onnistumisia |
| POTILAAN VOIMAVARAT | <ul style="list-style-type: none"> -Elämäntapahtumat vaikuttavat vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen -Antaa lähtökohdat ohjaukselle |
| KÄYTTÄYTYMIS- TEORIAT | <ul style="list-style-type: none"> -Sosiaalis-kognitiivinen- ja sosiaalisententeoria sekä transteoreettinen- ja terveysuskomusmalli -Riskien vähentäminen = ongelmien ratkaisu -> lisää käyttäytymisen muutoksen todennäköisyyttä |
| TERVEYS- KÄYTTÄYTYMINEN | <ul style="list-style-type: none"> -Käyttäytymisen omavalvonnalla, tavoitteiden asettaminen ja positiivisella motivaatiolla ylläpidetään elintapa- ja käyttäytymismuutosta -Palauteenanto ja sosiaalinen tuki auttavat ylläpidossa -Annetut tiedot ja neuvot olivat usein hämmentäviä ja ristiriitaisia -> vaikuttavat käyttäytymiseen |
| ELINYMPÄRISTÖ | <ul style="list-style-type: none"> -Tiedonannon ajoitus, konteksti ja sosiaalinen ympäristö ovat merkittäviä vaikuttavia tekijöitä, samoin kuin tietolähteiden uskottavuus elintapaohjauksessa. -Potilaan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat terveystieteiden keskusteluun |

6 Pohdinta

Pohdinnassa kerron tutkimuksen aikana toteutetuista luotettavuus ja eettisyys kriteereistä. Lisäksi pohdin keskeisiä tuloksia suhteessa alkuosan teoreettiseen osuuteen.

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Tutkimuksen uskottavuutta lisää tutkittavan ilmiön / asian parissa työskenteleminen riittävän ajan, jotta aineisto on hyvin hallussa ja sisäistetty. (Kylmä & Juvakka 2012, 128–129.) Opinnäytetyön eteneminen oli moniosaista sekä pitkäkestoista, ja aihetta kehitettiin harkitusti oman mielenkiintoni sekä työpaikkani suu- ja leukakirurgian klinikan yhteistyönä. Käsitteet elintavat, ohjaus, ohjattava ja ohjaaja tuovat paljon eri näkökulmia ja mielenkiinnon kohteita, joista asiaa voi alkaa tutkimaan ja kehittämään. Lisäksi sairaalaympäristö ja ylipäänsä terveydenhuolto luovat rajoitteita toiminnan ja hoidon laadun kehittämiseksi, kuten resurssikysymykset, osaamisen puute, budjetointi, byrokratia, ikääntyvä väestö yms. (Rigoff & Herrala 2010, 14–16.) VESOTE-hanke, joka käsitteli juuri elintapaohjauksen lisäämistä erikoissairaanhoidon kärkihankkeena, antoi kimmokkeen ja mahdollisuuden lähteä kehittämään elintapaohjausta erikoissairaanhoidon suu- ja leukakirurgian klinikalle. Työn uskottavuutta lisää tutkijan oma tietoisuus purennankorjauspotilaan hoidosta ja heidän tarpeistaan. Työyksikössä työryhmä on antanut tukea ja kannustusta lähteä kehittämään ja hakemaan tietoa ohjauksen erityispiirteistä, joita voisi hyödyntää erikoissairaanhoidossa ja juuri tällä potilasryhmällä.

Vahvistettavuus seuraa koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen johdonmukainen eteneminen lisää luotettavuutta (Vilkkä 2015, 206). Opinnäytetyön prosessin kulku on kerrottu selkeästi ja uskottavasti. Tutkija eli opinnäytetyön tekijä on subjektiivisesti tehnyt lopulliset päätökset prosessin siirtymävaiheissa, ja päätöksiä on perusteltu työn edetessä. Tutkijan sitoutuneisuus antaakin tutkimukselle hyvät lähtökohdat. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 150.) Aihe on mielenkiintoinen ja tarpeellinen työyksikölle, joten se loi motivaatiota työn tekemiseen. Tutkija sitoutui näyttöön perustuvan

tiedon etsimiseen, ja kokemus käytännön työstä vahvisti aiheen tärkeyttä ja ymmärrettävyyttä.

Reflektiivisyydessä tutkimuksen tekijä tiedostaa omat lähtökohdat tutkijana ja tuo nämä esiin raportissa. Elintapaohjaus on laaja käsite yksin tutkittavaksi, joten rajasta tehtiin suunnitellusti. Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että tuloksia voidaan hyödyntää vastaavanlaisessa muussa tilanteessa. (Kylmä & Juvakka 2012, 128–129.) Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää myös toisille potilasryhmille tai erikoisalalle terveydenhuollossa, kuten suusyöpöpotilaiden kohdalla.

Luotettavuutta lisää tutkijan rehellisyys ja puolueettomuus sekä osaava työtapo tulkitella tutkittavat käsitykset asiaa vastaavaksi. Työ on tehty kirjallisuuskatsauksen määritelmien mukaisesti, puolueettomasti ja rehellisesti. Puolueellista näkökulmaa työlle ei voinut syntyä, koska haastateltavia ei ollut ja elintapaohjaus aiheena on uusi potilasryhmälle eli luodaan jotakin uutta. Luotettavuutta arvioidaan koko työn ajan, koska tutkijan tekemät valinnat vaikuttavat luotettavuuteen. (Vilkkä 2015, 196–198; Tuomi & Sarajärvi 2002, 131–133.)

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2012, 147 & 155). Opinnäytetyön tein eettisestä näkökulmasta luotettavuutta arvioimalla ja rehellisesti. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudatin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Ennen tutkimuksen aloittamista tein tutkimussuunnitelman integratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisesta. Tutkimuksen vaiheet ovat kuvattu avoimesti ja järjestelmällisesti kuvioita ja taulukoita hyödyntäen. Tutkimukseen sovelsin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Lähdemateriaalina käytin tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa sekä hain tehtyjä tutkimuksia aihealueisiin liittyen luotettavista maksimissaan 10 vuotta vanhoista lähteistä. Tulokset raportoin noudattamalla avoimuutta ja vastuullisuutta. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6–7.) Analysoidut tutkimukset olivat englanninkielisiä. Tutkimukset

käänsin suomen kielelle, mikä voi lisätä riskiä väärintulkinnalle ja vaikuttaa luotettavuuteen. Lähdeviittaukset tulee olla huolellisesti ja oikeaoppisesti tehty kunnioittamalla alkuperäislähteen tekijää. Tutkimuksessa käytetyt alkuperäislähteet ovat löydettävissä. (Kuula 2011, 69.)

Opinnäyteydessä on vältetty ja otettu huomioon huolellisesti hyvän tieteellisen tutkimuksen loukkauksia. Näitä ovat vilppi tieteellisessä toiminnassa ja piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilppiä ovat sepittäminen, havaintojen vääristely, plagiointi ja anastaminen. Piittaamattomuutta ovat muiden tutkijoiden vähättely, tulosten harhaanjohtava tai huolimaton raportointi, puutteellinen kirjaaminen, itsensä plagioiminen ja tieteen harhaan johtaminen jollain muulla tavalla oman tutkimustyön suhteen. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 8–9.)

6.3 Keskeisten tulosten tarkastelu suhteessa alkuosan teoreettiseen viitekehykseen

Näyttöön perustuvassa toiminnassa yhdistetään kokonaisuudeksi saatavilla olevaa näyttöä potilaan tarpeista, toiveista ja mieltymyksistä ja terveydenhuollon ammattilaisten tiedoista ja taidoista sekä koko organisaation voimavaroista. Teoria, tutkimus ja näyttö liittyvät vahvasti toisiinsa. (Kylmä & Juvakka 2012, 177.) Opinnäytetyöllä annetaan teoriaa käytännön kehittämiseen, missä on huomioitu näyttö toimivista tavoista ja peilattu näitä käytännön tarpeisiin. Lainsäädännön avulla voidaan rajoittaa ihmisten käyttäytymistä, mutta vapaissa yhteiskunnissa korostuu valinnanvapaus, oma motivaatio ja oman toiminnan säätely (Absetz & Hankonen 2017, 1018). Tuloksissa ilmeni ihmisen käyttäytymisen vaikutukset ohjauksen vastaanottamiseen. Lisäksi ammattilaisten osaamattomuus ja osaaminen heijastui suoraan ihmisen käyttäytymiseen.

Purennankorjauspotilaan kohdalla on mahdollista toteuttaa kaikkia tuloksissa mainittuja ohjausmenetelmiä. Se, miten nämä toteutetaan, on suu- ja leukakirurgian yksikön päätettävissä. Tällä hetkellä yksikössä toteutetaan yksilöohjausta, joka todettiin tutkimusten perusteella kannattavaksi jatkaa myös elintapaohjauksessa. Yksilöohjausta tulisi antaa koko purennankorjauspotilaan hoitopolun aikana, eli ennen hoitoa,

hoidon aikana ja hoidon jälkeen. Orisasami & Ojo (2016, 786–790) kertovat tutkimuksessaan, että ryhmäohjaus, puhelinohjaus ja kasvotusten annettu ohjaus ovat ohjaustapoja, joilla voidaan auttaa mm. tupakoinnin lopettamisessa. Teoreettis-käsitteellisissä lähtökohdissa kerrotun ravitsemuksen erityispiirteistä ruokapyramidin ja lautasmallin avulla olisi yksinkertaista tuoda esille yksilöohjauksen aikana potilaan vastaanottokäynnillä sairaanhoitajan toimesta. Samoin liikuntasuosituksia pystyy ohjeistamaan lyhyelläkin vastaanottoajalla. Päihdevalistukselle ja uni-ohjaukselle tarvitsee pidemmän ajan, jotta asiat pystytään sisäistämään. Erillinen sairaanhoitajan vastaanottokäynti hoidon aikana olisi kannattavaa tarjota elintapaohjausta tarvitsevalle potilaalle.

Yksilöohjauksen lisäksi potilaille annetaan kirjallinen materiaali, ”opas purennankorjausleikkaukseen tulevalle”, joka käsittää ennen leikkausta, leikkauispäivänä ja kotona -osiot. Tämä on edelleen hyödyllinen muiden ohjausmenetelmien rinnalla, mutta ei ole yksinään riittävä (Lawrence ym. 2010). Tätä ohjetta tulisi myös päivittää sisällöltään elintapaneuvonnan mukaiseksi kiinnittämällä huomiota ravitsemus-, liikunta-, uni-, päihde- ja mielenterveysosioihin, kuten teoriaosuudessa näistä kerrottiin.

Puhelinneuvontaa annetaan purennankorjauspotilaalle lähinnä ajanvarauksien yhteydessä. Päivää ennen leikkausta annetaan tarvittavat tiedot leikkaukseen ja osastolle tulosta. Leikkauksen jälkeen potilaille annetaan yhteystiedot, joihin voi olla yhteydessä ongelmatilanteissa. Puhelinohjaus koettiin mieleiseksi analysoitujen tutkimusten mukaan, ja tämä olisi helpointa toteuttaa myös jatkossa purennankorjauspotilaan hoitopolun varrella ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen seurannan aikana. Puhelinohjauksen hyödyt löytyivät taulukosta 3. Sisällöltään puhelinohjaus voisi olla keskustelevaa ja askarruttavien ajatusten pohtimista. Lisäksi tulisi muistuttaa hyvistä elintavoista, jotka tukevat mielen hyvinvointia, leikkaukseen valmistautumista ja leikkauksesta toipumista. Puhelinohjauksella vaikutettaisiin mielenterveyden ylläpitoon hoidon vaiheiden aikana.

Tuloksien mukaan myös ryhmäohjauksesta olisi hyötyä mielenterveyden kannalta, mikä on suurin vaikuttava tekijä tällä potilasryhmällä. Tuloksissa korostettiin tuen tarvetta hoidon aikana, ja ryhmäohjauksella potilaat saisivat ainakin vertaistukea. Vertaistuki lisää potilaan omaa pystyvyyttä (Absetz & Hankonen 2017, 1016). Lipponen (2014, 72) painottaa myös vertaistuen tarpeellisuutta kirurgisen hoidon aikana.

Ryhmänohjausta voisi toteuttaa kokemusasiantuntijan, sairaanhoitajan ja suukirurgin yhteistyönä esimerkiksi luentotyyppisesti. Internetiä voisi hyödyntää ryhmänohjauksessa, esimerkiksi perustamalla Facebook ryhmän purennankorjauspotilaille, josta he saavat tarvittaessa vertaisilta tukea sekä ryhmän sivuja ylläpitäisi ammattilainen. (Kehittämistyöryhmä 2018-2019.) Purennankorjauspotilaat tarvitsevat henkistä tukea ja hyvinvointia, jota voidaan vahvistaa omalla pystyvyydellä analysoitujen tutkimusten tulosten mukaan. Etenkin leikkauksen jälkeisiin ulkonäkömuutoksiin, turvotukseen, kipuun ja särkyyn, syömisen hankaluuteen, hengitysvaikeuksiin ja pahoinvointiin potilaat tarvitsevat läheisten tukea, omaa pystyvyyttä ja selviytymiskeinoja. Ryhmäohjauksen toteuttaminen ennen leikkausta, antaa mahdollisuuden käydä edeltävästi läpi tulevia haasteita monipuolisen ravitsemuksen saamisesta, liikkumisen tärkeydestä ennen leikkausta ja liikkumisen maltillisesta aloittamisesta leikkauksen jälkeen sekä tupakoimattomuuden ja muiden päihteiden lopettamisesta sekä unen laadun ja määrän tärkeydestä. Nykyiseen liikuntasuositukseen (ks. kuvio 2.) on nostettu unen merkitys hyvinvoinnille ja terveydelle, mikä edesauttaa myös leikkauspotilaan kohdalla leikkaukseen valmistautumisessa ja siitä toipumisessa (Liikkumisen suositus 2019). Psyykinen tuki on tärkeä yhdistää ohjaukseen, koska monesti esimerkiksi tupakoinnin lopettamisen yhteydessä ihminen tuntee itsensä masentuneeksi, yksinäiseksi ja tylsistyneeksi. Lisäksi jotkut ajattelevat, että on liian myöhäistä lopettaa tupakointi. Läheisten tuki korostuu tässä. (Orisasami & Ojo 2016, 786–790.)

Motivoivaa haastattelua, etä- / digiohjausta ja interventioita ei tällä hetkellä toteuteta. Näistä etä- / digiohjaus olisi toteutettavissa esimerkiksi ohjausvideon avulla ja mainitsemani Facebook-ryhmän perustamisella. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on käytössä ohjausvideoita jo muilla erikoisaloilla. Ohjausvideo havainnollistaa visuaalisesti kokonaisuutta. Tämä tukisi tämänhetkistä yksilö- ja puhelinohjausta sekä kirjallista opasta. Viitaten teoreettiseen viitekehykseen, eri ohjausmenetelmien hyödyntäminen ohjaustilanteissa auttaa hahmottamaan kokonaisuutta sekä tehostaa ohjauksen laatua. Lisäksi ohjausvideon avulla potilas voi palata asiaan uudestaan ja uudestaan. (Eloranta & Virkki 2011, 53; Oikarinen 2016, 32.)

Motivoivan haastattelun toteuttamiseen tarvittaisiin koulutusta ja interventiota toiminnan toteuttamiseksi, mikä vaatii mahdollisesti liikaa resursseja ja aikaa erikoissai-

raanhoidolta. Motivoivassa haastattelussa potilas tulisi kohdata hyväksyvässä, ymmärtäväisessä ja luottamusta herättävässä hengessä. Tällöin potilas uskaltaa tuoda ajatuksiaan esille, mikä tukee itsemääräämisoikeutta. Potilaasta ei siis tule etsiä viikoja vaan tunnistaa vahvuuksia. (Absetz & Hankonen 2017, 1017.) Orisasami & Ojo (2016, 786–790) osoittavat myös, että lääketiede, motivoiva haastattelu ja yksilöohjaus helpottavat tupakoinnin lopettamista. Oikeanlaisen ravitsemuksen ja liikunnan turvaamiseksi tehokas keino olisi motivoiva haastattelu sen yksilöllisen ja syvällisen tarkastelun, tavoitteiden asettamisen ja seurannan vuoksi.

Ohjausmenetelmien sisältöön tulisi siis kiinnittää huomiota purennankorjauspotilaan kohdalla kaikilla elintapaohjausalueilla, koska kaikki ne liittyvät toisiinsa jollain tavoin. Tällä hetkellä ohjeet ovat elintapojen osalta suppeat hoidon laajuuteen ja pitkäkestoisuuteen nähden. Sairaanhoitajien ja muiden hoitotyöntekijöiden lisäksi myös lääkärin tulisi lisätä ohjaustaitojaan elintapojen osalta. Walseth ym. (2011, 102) tutkimuksen mukaan, lääkärin tulisi olla lääketieteellinen tietolähde, joka myös aktiivisesti keskustelisi elämäntapojen valinnoista ja syistä sekä olisi aktiivinen keskustelun avaaja. Yhdessä poissuljetussa tutkimuksessa käsiteltiin ”5A:n” -malli esimerkiksi lääkäreiden keskustelutyön avuksi. ”5A:n” -malli sisältää viisi vaihetta: 1. Ask = Kysy esimerkiksi tupakan tai alkoholin käytöstä, 2. Advice = Kerro, miksi lopettaminen olisi tärkeää, mistä syistä, keskustele ja kirjaa, 3. Assess = Arvioi halukkuus ja sovi lopettamisyrityksestä, ajatusten auki purkaminen ja aikaisempien kokemusten vaikutukset, 4. Assist = Avusta lopettamisyritystä, avuntarjoamista, tuen antamista, ohjausta ja kannustamista, 5. Arrange = Järjestä seuranta, aikatauluta ja kontrolloi. (Rao 2010, 1453–1454.) Tätä mallia on myös käytetty liikuntaneuvonnan työkaluna (Aittasalo 2016, 12). Tämä tarkoittaisi lisää koulutusta ammattilaisille, mitä potilaat kaipasivat kahdessa analysoiduissa tutkimuksessa. Elintapaohjauksen avulla pyritään esimerkiksi tupakoimattomuuteen leikkauksen jälkeen ja annetaan eväitä, joilla pysyä irti tupakasta. (Andersson ym. 2010, 10–11.)

7 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa elintapaohjauksesta terveydenhuollon ympäristöstä ja tietoa saatiin kansainvälisellä tasolla kiitettävästi. Johtopäätöksinä voitiin todeta, että ryhmäohjauksen, puhelinohjauksen, kirjallisen materiaalin sekä digiohjauksen avulla elintapaohjausta on mahdollista toteuttaa purennankorjauspotilaan kohdalla. Näiden menetelmien hyödyntäminen käytännössä vaatii suu- ja leukakirurgian klinikalta kehittämistyötä, mahdollisen intervention toteuttamisen ja resursseja. Intervention myötä terveyttä edistettäisiin ja hoidon laatua parannettaisiin. Suu- ja leukakirurgian klinikka ovat toivoneet purennankorjauspotilaan hoidon kehittämistä jo pidemmän aikaa.

Ohjausmenetelmien lisäksi elintapaohjauksen toteutukseen vaikuttavia tekijöitä selvitettiin. Johtopäätöksenä saatiin, että elintapaohjauksessa tulisi huomioida potilaan voimavarat, motivaatio, käyttäytyminen, vuorovaikutus, tuen tarve, luottamus ja ympäristö. Jotta elintapaohjauksessa tulee huomioitu edellä mainitut tekijät, tulee ammattilaisia kouluttaa. Lähtökohtaisesti purennankorjauspotilaat ovat siis aikuisikäisiä ja vastuussa itsestä ja omasta käyttäytymisestä. Lipposen (2014, 17–18) mukaan hyvä potilasohjaus antaa näkyviä tuloksia mm. hoitoon sitoutumiseen, potilastyytyväisyyteen, oireiden vähenemiseen ja ylipäänsä terveystalouden käytön vähenemiseen. Kuitenkin ohjauksessa on muistettava se, että vaikka käytettäisiin parhaita menetelmiä, se ei välttämättä tuota tuloksia potilaan elintavoissa. Muutos lähtee potilaan käyttäytymisestä ja yksilöllisistä ominaisuuksista, joihin ammattilaiset voivat vaikuttaa oikeilla työkaluilla ja menetelmillä. Pienillä muutoksilla voidaan saada myös merkittäviä kansanterveydellisiä hyötyjä. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.) Elinympäristö luo houkutteita ja ärsykeitä ihmiselle. Ympäristöä on mahdollista muokata ja luoda sellaiseksi, jossa pystyy toteuttamaan itseään ja pääsemään vanhoista huonoista totumuksistaan eroon. Sopivan tavan ja ärsykkeen valitseminen vaatii kuitenkin tietoista pohdintaa ja ongelmanratkaisua. (Absetz & Hankonen 2017, 1018.) Naisten ja miesten välillä on eroja. Tutkimus osoittaa, että peruselintavat ovat paremmin hallinnassa naisilla kuin miehillä, joten naisia on helpompi motivoida muutokseen. (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh 2015, 122.)

Opinnäytetyön jatkokehitystyönä suu- ja leukakirurgian klinikka toteuttaa oman päättöksen mukaan päivitystä elintapaohjaustaitoihin ja lisää elintapaohjausta potilaan hoitopolkuun tämän opinnäytetyön avulla. Palvelun ja menetelmän tulee kohdistua potilaan tarpeisiin, joten esimerkiksi ohjausvideon laatiminen käsikirjoituksineen lisää merkittävästi laatua jo yksinään (Fertman & Allensworth 2010, 38). Facebook-ryhmän perustaminen vaatii resursseja sivuston kehittämiseen ja ylläpitämiseen. Ehdotan yhdessä työelämänohjaajani kanssa, että tulevissa suu- ja leukakirurgian koulutuspäivissä ja yhteisissä kokouksissa syntyisi opinnäytetyöni pohjalta jatkoa kehitystyölle. Jatkotutkimusta aiheesta saisi myös vaikuttavuuden arvioinnin osalta esimerkiksi kysymällä: ”Miten kehitetty ohjausmenetelmä (esimerkiksi ohjausvideo) on vaikuttanut purennankorjauspotilaan hyvinvointiin hoidon aikana?”. Elintapaohjaus ei ainoastaan paranna purennankorjauspotilaan hyvinvointia hoitopolun varrella, vaan toivottavasti myös tulevaisuudessa elämän varrella, ja samalla yhteiskunnan terveyttä edistetään (Absetz & Hankonen 2011, 2271). Kehittämistyö tukee terveyttä edistävää toimintaa erikoissairaanhoidossa. Tavoitteena on, että yksikössämme jatketaan tätä potilasohjeiden päivittämistä muidenkin potilasryhmien osalta, kuten suusyöpöpotilaiden kohdalla, joilla elintapaohjauksen tarve on myös suuri. Suusyöpöpotilaiden elintapojen haasteita ovat päihteet ja ravitsemus, joten opinnäytetyötä voisi hyödyntää heidän hoitopolkunsa kehittämisessä.

Lähteet

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011;127:2265–72.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 2017;133:1015–21.

Aittasalo, M. 2016. Vaikuttavaa liikuntaneuvontaa aikuisille – haasteita ja ratkaisuja. *Fysioterapia* 6. Liikuntaneuvonta 2018, UKK-instituutti.

Ammentorp, J., Uhrenfeldt, L., Angel, F., Ehrensverd, M., Carlsen, EB. & Kofoed, P-E. 2013. Can life coaching improve health outcomes? – A systematic review of intervention studies. *BMC Health Services Research* 2013, 13:428. Viitattu 16.12.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015179/pdf/1472-6963-13-428.pdf>

An, SL. & Ranson, C. 2011. Obstructive sleep apnea for the dental hygienist: Overview and parameters for interprofessional practice. *Can J Dent Hygiene* 2011; 45, no.4: 238–252. Viitattu 29.1.2020.
<https://www.cdha.ca/pdfs/Profession/Journal/v45n4.pdf>

Andersson, L., Kahnberg, K-E & Pogrel, M. 2010. *Oral and Maxillofacial Surgery*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Anderson, A., Steele, R & Coyle, J. 2013. Lifestyle issues for colorectal cancer survivors—perceived needs, beliefs and opportunities. *Support Care Cancer* (2013) 21:35–42. Viitattu 15.12.2019.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=e2cd1ae1-567c-481e-ba97-0224743bfd0c%40pdv-v-sessmgr06>

Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suomen Lääkärilehti* 24/2016 vsk 71:1759–1764a. Viitattu 1.2.2020.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230006/SLL242016_1759.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Armstrong, AW., Kim, RH., Idriss, NZ., Larsen, LN. & Lio, PA. 2011. Online video improves clinical outcomes in adults with atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Mar;64(3):502-7. Epub 2011 Jan 13. Viitattu 22.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236514>

Barrett, S., Begg, S., O'Halloran, P. & Kingsley, M. 2018. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. Australia: Bendigo. BMC Public Health (2018) 18:116. Viitattu 15.1.2020.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6173936/pdf/12889_2018_Article_6062.pdf

Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. & Hildingh, C. 2015. Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? Scand J Caring Sci; 2015; 29; 118–125. Viitattu 19.1.2020.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=af183e4b-dfaa-4422-aba8-1f8773f06663%40sessionmgr103>

Cottarez, A., Durant, N., Agne, A., & Cherrington, A. 2015. Internet Interventions to Support Lifestyle Modification for Diabetes Management, A Systematic Review of the Evidence. J Diabetes Complications. 2014 ; 28(2): 243–251. Viitattu 16.12.2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943472/pdf/nihms511726.pdf>

Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. 2014. Doing a Literature Review on Nursing, Health and Social Care. Lontoo: SAGE Publications.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosake yhtiö Tammi.

Engberg, E. 2018. Physical Activity, Pregnancy and Mental Well-Being: Focusing on Women at Risk for Gestational Diabetes. University of Helsinki, Finland. Viitattu 15.12.2019.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/234784/PHYSICAL.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Engholm, J., Pedersen, B., Møller, AM., Adami, j., Juhl, C. & Tønnesen, H. 2018. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. Julkaistu 11/2018, John Wiley & Sons, Ltd. Viitattu 20.1.2020.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517044/pdf/CD008343.pdf>

Esperão, PT., de Oliveira, BH., de Oliveira Almeida, MA., Kiyak, HA. & Miguel, JA. 2010. Oral health-related quality of life in orthognathic surgery patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2010 Jun;137(6):790-5. State University of Rio de Janeiro: Brazil. Viitattu 27.1.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685534>

Fertman, C. & Allensworth, D. 2010. Health promotion programs, from theory to practice. Society for Public Health Education. USA: Jossey-Bass.

Gilis-Januszczyńska, A., Piwońska-Solska, B., Lindström, L., Wójtowicz, E., Tuomilehto, J., Schwarz, P., Kissimova-Skarbek, K., Szybiński, Z., Windak, A. & Hubalewska-Dydejczyk, A. 2018. Determinants of weight outcomes in type 2 diabetes prevention intervention in primary health care setting (the DE-PLAN project). BMC Public Health (2018) 18:97. Viitattu 31.1.2020.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5749019/pdf/12889_2017_Article_4977.pdf

Haapa, E. & Pölönen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Helsinki 2002. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236 – 2115; 2001:14). Viitattu 13.1.2020.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70066/ravhoito.pdf?sequence=1>

He, J., Wang, Y., Hu, H., Liao, Q., Zhang, W. Xiang, X. & Fan, X., 2017. Impact on the upper airway space of different types of orthognathic surgery for the correction of skeletal class III malocclusion: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Surgery. Volume 38, February 2017. Viitattu 19.1.2020.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1743919116311980?token=AB615E7C0541E04746029486C3688CE4A01235A9D3208B4F0D60BAEEB4ACF299940B7401719C5555A156370D1ECF0D2>

Hiiri, A. 2015. Purentavirheet. Terve Suu 2015. Duodecim, Terveyskirjasto. Julkaistu 10.6.2015. Viitattu 3.3.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00101

Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaali Oy.

Hopia, H., Latvala, E. & Liimatainen, L. 2 Reviewing the methodology of an integrative review. Scandinavian Journal of Caring Science; 2016; 30; 662–669. JAMK University of Applied Sciences, Jyväskylä, Finland.

Huttunen, J. 2018. Mistä terveys syntyy? Lääkärikirja Duodecim, Terveyskirjasto. 2019: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.2.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00928

Huotoniemi, A. 2018. Uniterveys -verkkokoulutus. Stressi. Helsingin Uniklinikka. VESOTE-hanke, Vaikuttaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti.

Hyppönen, H. & Ilmarinen, K. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 31.1.2020.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131301/URN_ISBN_978-952-302-739-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. www.tenk.fi, tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki, 2013. Viitattu 4.2.2020.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Hyvä Uni 2019. Kaikki unihäiriöt ja niiden hoito. Mitä uni on? Partinen Markku LKT, prof.. Viitattu 13.1.2020. <https://www.uniliitto.fi/wp-content/uploads/2019/06/Uniuutiset-2-2019.pdf>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa. Helsinki, Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna 2011: Kariston kirjapaino.

Jauhiainen, A. 2010. Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Jewell, K., Avery, A., Barber, J. & Simpson, S. 2014. The healthy eating and lifestyle in pregnancy (HELP) feasibility study. British Journal of Midwifery, October 2014, Vol 22, No 10. Viitattu 15.12.2019.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e2cd1ae1-567c-481e-ba97-0224743bfd0c%40pdc-v-sessmgr06>

Joanna Briggs institute 2017a. Checklist for Qualitative Research. Viitattu 10.1.2020.
https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf

Joanna Briggs institute 2017b. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. Viitattu 10.1.2020. https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf

Kariniemi-Örmälä, K. 2017. Elintapaohjaus paljon palveluja käyttävillä asiakkailla. VESOTE-kick off 31.5.2017. Järvenpään kaupunki.

Kehittämistyöryhmä 2018–2019. HUS Suu- ja leukakirurgian vuodeosasto ja poliklinikka, Helsinki. Sh Kostia, J., Sh Lammila, B., Sh Peltola, K., EL Stoor, P. & Sh Tanni, S.

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J. & Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen, lisätietoa potilaalle. Duodecim, Terveyskirjasto. Käyvän hoidon potilasversiot, julkaistu 4.2.2015. Viitattu 3.3.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Korkela, K. & Korkela, J. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Lääketiede, katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti 4/2008:275–280.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992/3§). Finlex.fi. Viitattu 25.1.2020.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Larivaara, M. 2018. Vaikuttava elintapaohjaus on mahdollista jo nyt! Terveysliikuntautiset 2018. Ministeriön tervehdys. Viitattu 13.1.2020.

<https://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3609-Terveysliikuntautiset-web.pdf>

Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H., Paton, G. & Ellis, G. 2010. An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members. BMC Family Practice 2010, 11:97. Viitattu 31.1.2020. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-97>

Leikkausta edeltävä arviointi 2014. Käypä hoito -suositus, Duodecim. Julkaistu: 23.06.2014. Viitattu 4.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066#readmore>

Liikuntaneuvonta 2018. Liikkuminen ja terveys. Liikuntaneuvonta – verkkokoulutus 2018. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. UKK-instituutti.

Liikkumisen suositus 2019. Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan. Aikuisten liikkumisen suositus, UKK instituutti. Päivitetty 30.10.2019. Viitattu 3.11.2019.

<https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/aikuisten-liikkumisen-suositus>

Liikunnan vaikutukset 2019. Tietoa terveystieteistä. UKK-instituutti, osaamista terveystieteiden edistämiseen. Viitattu 4.2.2020. Päivitetty 22.10.2019.

https://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaiikutukset

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Viitattu 13.1.2020.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Luoto, R. & Aittasalo, M. 2011. Elintavat – löydä heikoin lenkkisi. 4. uud. painos. Tampere: UKK-instituutti. Ravitsemusohjaus -verkkokoulutus 2018. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. UKK-instituutti.

Miquel, J., Palomares, N. & Feu, D. 2014. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis. Dental Press J Orthod. 2014 Jan-Feb;19(1):123–37. Viitattu 30.1.2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299425/pdf/dpjo-19-01-0123.pdf>

Mäkelä, P. 2019, Duodecim. Alkoholi ja terveys. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim 24.1.2019. Viitattu 28.1.2020.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120&p_hakusana=alkoholi%20ja%20sairaudet#s2

Nymberg, P. & Drevenhorn, E. 2016. Patients' experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre. Scand J Caring Sci; 2016; 30; 349–355. Viitattu 16.12.2019.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=e2cd1ae1-567c-481e-ba97-0224743bfd0c%40pdc-v-sessmgr06>

Oikarinen, A. 2016. Effects of risk factor targeted lifestyle counselling intervention on quality of lifestyle counselling and on adherence to lifestyle change in stroke patients. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 25.1.2020.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526211923.pdf>

Oikarinen, A., Engblom, J., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2017. The effects of Risk Factor-Targeted Lifestyle Counselling Intervention on working-age stroke patients' adherence to lifestyle change. Scand J Caring Sci; 2017; 31; 555–568. Viitattu 18.12.2019.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=e2cd1ae1-567c-481e-ba97-0224743bfd0c%40pdc-v-sessmgr06>

Ojala, A. 2017. Ravitsemusohjaus -verkkokoulutus 2018. Tietoa ja välineitä ravitsemusneuvontaan. Arjen hallinnan suunnitelmallisuus – Ateriatymit. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. UKK-instituutti.

Orisasami, IT. & Ojo, O. 2016. Evaluating the effectiveness of smoking cessation in the management of COPD. British Journal of Nursing, 2016, Vol 25, No 14:786–791. Viitattu 28.1.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27467642>

Partinen, M. 2018. Uniterveys -verkkokoulutus 2018. Unen tehtävät. Helsingin uniklinikka. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti.

Partinen, M. & Kuurne-Koivisto, M. 2018. Uniterveys -verkkokoulutus 2018. Unen tarve ja univaje. Helsingin Uniklinikka. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Patja, K. 2016, Duodecim. Tupakka ja sairaudet. Duodecim terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim 5.12.2016. Viitattu 28.1.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066

Philips, C., Blakey, G. & Jaskolka, M. 2008. Recovery after Orthognathic Surgery: Short-term Health-Related Quality of Life Outcomes. J Oral Maxillofac Surg. 2008 October; 66(10): 2110–2115. Viitattu 29.1.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585944/pdf/nihms71599.pdf>

Posnick, J.C. 2014. Orthognathic Surgery, Principles & Practice. Published by Saunders, an imprint of Elsevier Inc: St. Louis, Missouri.

Pugh, G., Hough, R., Gravestock, H., Williams, K. & Fisher, A. 2017. Lifestyle advice provision to teenage and young adult cancer patients: the perspective of health professionals in the UK. Support Care Cancer (2017) 25:3823–3832. Viitattu 19.1.2020.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=52bec9d8-2abf-4cc6-831b-b689e475581d%40pdc-v-sessmgr06>

Pölönen, A. 2017. Ravitsemusohjaus -verkkokoulutus 2018. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, TAYS.

Rahman, F. Fongkaew, W., Pinyokham, N. & Tachaudomdach, C. 2017. Barriers and Facilitators Related to Heart-healthy Lifestyle Among Persons with Acute Coronary Syndrome. Pacific Rim Int J Nurs Res 2018; 22(3) 249–263. Viitattu 18.12.2019.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=e2cd1ae1-567c-481e-ba97-0224743bfd0c%40pdc-v-sessmgr06>

Rao, G. 2010. Office-Based Strategies for the Management of Obesity. University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania. American Family Physician, Volume 81, Number 12; 1449–1455. Julkaistu, June 15, 2010. Viitattu 16.1.2020.
<https://www.aafp.org/afp/2010/0615/p1449.pdf>

Ravitsemusterapeuttiyhdistys 2018, VESOTE. Ravitsemusterapeuttiyhdistys ry. Argonomiliitto. Viitattu 15.12.2019. <https://rty.fi/>

Rigoff, A. & Herrala, J. (toim.) 2010. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 26. Viitattu 1.2.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80330/9dbfdfa3-62d2-4074-9795-6bf6bf171a39.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ruokolainen, O. & Ollila, H. 2019. WHO:n tavoite tupakkatuotteiden käytön vähenemisestä voidaan saavuttaa, kansallista tavoitetta ei nykykehityksellä saavuteta. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 28.1.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138512/URN_ISBN_978-952-343-384-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rusanen, J., Lahti, S., Tolvanen, M. & Pirttiniemi, P. 2010. Quality of life in patients with severe malocclusion before treatment. European Journal of Orthodontics 32 (2010) 43–48. Viitattu 19.1.2020. <https://academic.oup.com/ejo/article/32/1/43/508207>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 9.5.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Samdal, GB., Eide, GE., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. 2017. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (2017) 14:42. Viitattu 16.12.2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5370453/pdf/12966_2017_Article_494.pdf

Seppälä, T. 2017. Elämänlaadun ja elämäntapojen huomioonottaminen perusterveydenhuollossa. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Painosalama Oy. Viitattu 15.11.2019. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/134482/AnnalesC436Sepp%c3%a4l%c3%a4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Silvola, A. 2014. Effect of treatment of severe malocclusion and related factors on oral health-related quality of life. Tohtorin väitöskirja, Oulun yliopisto. Viitattu 25.12.2018. <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-0649-3>

Solin, P., Appelqvist-Schmidlechner, K., Nordling, E. & Tamminen, N. 2018. Mielen hyvinvoinnin edistäminen osaksi kunnan strategiaa 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 25/2018. Viitattu 1.2.2020.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136240/URN_ISBN_978-952-343-112-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, sarja A73/2016. Turku: Juvenes print.

Terveidenhuoltolaki 2010/1326/2§. Finlex.fi. Viitattu 28.1.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Terveidenhuoltolaki 2010/1326/24§. Finlex.fi. Viitattu 22.5.2019.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskyla.fi, leikkaukseen tulijalle. Viitattu 30.10.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/ennen-leikkausta/miten-v%C3%A4henn%C3%A4t-elintavoillasi-leikkaukseen-liittyvi%C3%A4riskej%C3%A4>. Päivitetty 20.2.2019.

Terveyskyla.fi, leikkaukseen.fi. Toipuminen leikkauksesta. Viitattu 30.1.2019.
<https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkauksen-j%C3%A4lkeen/toipuminen-leikkauksesta>

Terveysliikunnan suositukset. UKK-instituutti, osaamista terveysliikunnan edistämiseen. Päivitetty 25.5.2018. Viitattu 25.3.2019.
<http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset>

Terveysliikuntautiset 2018. Elintapaohjauksen hyvät käytännöt. UKK-instituutti. Tampere: PK-paino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uniterveys 2018, VESOTE. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. Vital Med, Helsingin uniklinikka.

Uusi-Rasi, K. & Heikkilä, H. 2018. Terveyttä ruoasta. VESOTE-hanke, Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. UKK-instituutti.

VESOTE-hanke 2017–18. UKK-instituutti. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti. Päivitetty 12.11.2018.
<http://www.ukkinstituutti.fi/vesote>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja Kehitä. 4., uudistettu painos. Juva: PS-kustannus.

VRN, 2014. Terveyttä ruoasta - suomalaiset ravitsemussuositukset. Ruokavirasto.fi. Valtion ravitsemusneuvottelukunta, VRN. Viitattu 1.11.2019.
https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – Miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Toimittaja Risto Heikkinen, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Tampereen yliopistopaino Oy: Juvenes Print.

Walseth, LV., Abildsnes, E. & Schei, E. 2011. Patients' experiences with lifestyle counselling in general practice: A qualitative study. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011; 29: 99–103. Viitattu 21.1.2020.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2dccc69f-c74e-415a-9456-65e731621028%40pdc-v-sessmgr01>

Whittemore, R. & Knafl, K. 2005. The integrative review: updated methodology. Methodological issues in nursing research. USA: Blackwell Publishing.

Wikstrand, I., Torgenson, J. & Bengtsson Boström, K. 2010. Very low calorie diet (VLCD) followed by a randomized trial of corset treatment for obesity in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2010; 28: 89–94. Sweden: Göteborg. Viitattu 14.1.2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442323/pdf/pri-28-89.pdf>

Wu, L., Forbes, A. & While, A. 2010. Patients' experience of a telephone booster intervention to support weight management in Type 2 diabetes and its acceptability. Journal of Telemedicine and Telecare 2010; 16: 221–223. Viitattu 18.12.2019.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=e2cd1ae1-567c-481e-ba97-0224743bfd0c%40pdc-v-sessmgr06>

Liitteet

Liite 1. Joanna Briggs instituutin tarkistuslista laadulliselle tutkimukselle

JBIC Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer _____ Date _____

| Author _____ | Year _____ | Record Number _____ | | | |
|--|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Yes | No | Unclear | Not applicable |
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Are participants, and their voices, adequately represented? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Lähde: Joanna Briggs institute 2017a. Checklist for qualitative research.

Liite 2. Joanna Briggs instituutin tarkistuslista systemaattiselle tutkimukselle

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

| | Yes | No | Unclear | Not applicable |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is the review question clearly and explicitly stated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Was the search strategy appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Were the sources and resources used to search for studies adequate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Were the criteria for appraising studies appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Were there methods to minimize errors in data extraction? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Were the methods used to combine studies appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Was the likelihood of publication bias assessed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Were the specific directives for new research appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Lähde: Joanna Briggs institute 2017b. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses.

Liite 4. Sisällönanalyysi

| PÄÄTEEMA; Ohjausme- netelmä | ALATEEMA; Elintapaoh- jauksen si- sältö (lkm) | ALALUOKKA: Ohjauksen tulokset | ALALUOKKA: Potilasvaikutuk- set | YLÄLUOKKA Elintapaohjauksen vaikutukset | PÄÄLUOKKA Elintapaohjaus käsit- teenä | Elintapaohjauksen tavoite |
|-----------------------------------|--|---|--|---|--|---|
| Yksilöohjaus | Ravitsemus (5) Liikunta (5) Uni (2) Mielenterveys (4) Alkoholi (3) Tupakka (3) | <p>*Tieto ravitsemuksesta ja liikunnasta lisääntyi</p> <p>*itsearvioitu terveys parani</p> <p>*Ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden käyttäytymismuutokset ovat tehokkaita sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä</p> <p>*Ennen leikkausta yksilöohjaus tärkeää-> Potilaiden motivaatiolla, käsityksillä ja odotuksilla on merkittävä rooli onnistuneiden kirurgisten ja psykologisten tulosten saavuttamisessa.</p> <p>*Negatiivisten tunteiden käsittely tarpeellista hoidon aikana.</p> <p>*ammattilaisten antamat elämäntapaohjeet sekä ensiapu- että avohoitokäyntien aikana ovat tärkeä tekijä potilaiden elämäntapojen muuttamisessa</p> <p>*paino laski kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Savukkeiden määrä väheni kolmen kuukauden kuluttua kotiutumisesta ja tupakoinnin lopettaminen lisääntyi kuuden kuukauden kuluttua.</p> <p>*laatu hyvää</p> <p>*Elintapainterventiolla oli vaikutusta elintapaohjauksen laatuun sekä elintapamuutokseen sitoutumiseen lyhyellä aikavälillä. Korkeaa toistumistasoa voitaisiin vähentää laadukkaalla hoidolla, mukaan lukien elämäntapaohjeet sairaalavaiheessa</p> | <p>-Tieto lisääntyi</p> <p>-Terveys parani</p> <p>-Positiivisia vaikutuksia elintapoihin</p> <p>-Motivaatio lisääntyi</p> <p>-Keskustelu tarpeellista</p> <p>-Elintapaohjeet tärkeitä ennen ja jälkeen leikkauksen/hoidon</p> <p>-Fyysiset muutokset mahdollisia</p> | <p>TERVEYDEN EDISTÄMINEN</p> <p>ELINTPOJEN PARANEMINEN</p> <p>ELINTAPAOHJAUKSEN TÄRKEYS</p> | <p>TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA YLLÄPITÄMINEN</p> <p>LISÄKOULUTUS</p> <p>PSYYKKINEN TUKI</p> <p>KUSTANNUSSÄÄSTÖT</p> | <p>HYVINVOINTI</p> <p>ONNELLISUUS</p> <p>ELÄMÄNLAADUN PARANEMINEN</p> |

| | | | | | | |
|--------------------|---|--|---|---|--|--|
| Ryhmäohjaus | Ravitsemus (9) Liikunta (8) Uni (2) Mielenterveys (4) Alkoholi (6) Tupakka (6) | <p>*Tieto ravitsemuksesta ja liikunnasta lisääntyi</p> <p>*itsearvioitu terveys parani</p> <p>*tuotti positiivisia tuloksia terveyteen yhdistämällä ryhmäohjaukseen yksilö ja puhelinohjausta</p> <p>--Kaksi siirtymäkohtaa, jossa ohjausta tulisi antaa enemmän; kotiutuksessa ja noin 6kk kotiutumisesta. Ohjauksen tulisi painottaa etenkin elämän nauttimisen ja hyvinvoinnin lisäämiseen</p> <p>*Ruokavaliomuutokset etenkin rasvan suhteen olivat vahvat</p> <p>*Terveellinen ruokavalio ja elämäntapa raskauden aikana (HELP) osoittautui hyväksyttäväksi interventiksi, joka antoi naisille kyvyn hallita painonnousua raskauden aikana sekä ylläpitää terveellistä elämäntapaa synnytyksen jälkeen.</p> <p>--elämäntapaohjaus oli hämmentävää ja ristiriitaista-> koulutuksen puute</p> <p>*Ennaltaehkäisevästi annettu neuvonta oli riittävän tehokasta antamaan niin paljon hyötyä kuin neuvonnasta voidaan realistisesti odottaa.</p> | <p>-Tieto lisääntyi</p> <p>-Terveys parani</p> <p>-Terveellisten elintapojen ylläpitäminen parani</p> <p>-Ohjauksen osaaminen heikkoa</p> <p>-Ennaltaehkäisevä ohjaus hyödyllistä</p> | <p>TERVEYDEN EDISTÄMINEN</p> <p>TERVEYDEN YLLÄPITÄMINEN</p> <p>KOULUTUKSEN PUUTE</p> <p>ENNALTAEHKÄISEVÄ OHJAUS</p> | | |
|--------------------|---|--|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---|---|--|--|--|
| Puhelinohjaus | Ravitsemus (5) Liikunta (3) Uni (1) Mielen terveys (2) Alkoholi (2) Tupakka (2) | <p>*Ennen leikkausta puh.ohjaus tärkeää-> Potilaiden motivaatiolla, käsityksillä ja odotuksilla on merkittävä rooli onnistuneiden kirurgisten ja psykologisten tulosten saavuttamisessa.</p> <p>*Negatiivisten tunteiden käsittely tarpeellista hoidon aikana.</p> <p>--Kaksi siirtymäkohtaa, jossa potilasohjausta tulisi antaa enemmän; kotiutuessa ja noin 6kk kotiutumisen jälkeen. Ohjauksen tulisi painottua etenkin elämän nauttimisen ja hyvinvoinnin lisäämiseen</p> <p>*Terveellinen ruokavalio ja elämäntapa raskauden aikana (HELP) osoittautui hyväksyttäväksi interventiksi, joka antoi naisille kyvyn hallita painonnousua raskauden aikana sekä ylläpitää terveellistä elämäntapaa synnytyksen jälkeen.</p> <p>*Potilaat olivat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä puheluihin ja useimmat suosittelevat ohjausmenetelmää muille vastaavassa tilanteessa oleville.</p> <p>*Puhelinseurannan sisältö vastasi tuen tarvetta. Puhelinohjauksen hyödyt: muistutusta heidän hoito-ohjeistansa; neuvoa ja motivoida noudattamaan diabeteksen omahoitokäyttäytymistä; parantunut itsetunto; ja tuntee "kiinnostuksen arvoisena". Puhelintuen mukavuudella ja alhaisilla kustannuksilla on paljon potentiaalia kroonisten sairauksien hoidossa.</p> | -Motivaatio lisääntyi -Keskustelu tarpeellista -Terveellisten elintapojen ylläpitäminen parani -Potilastyytyväisyys parani -Sisältö vastasi tuen tarvetta -Itsetunto parani -Hoidon kustannukset väheni | TERVEYDEN YLLÄPITÄMINEN PSYKKINEN TUKI POTILASTYYTYVÄISYYS KUSTANNUSSÄÄSTÖT | | |
| Motivoiva haastattelu | Ravitsemus (5) Liikunta (4) Uni (-) Mielen terveys (1) Alkoholi (1) Tupakka (1) | <p>*Käyttäytymisen omavalvonnalla, tavoitteiden asettaminen ja positiivisella motivaatiolla ylläpidetään elintapa- ja käyttäytymisen muutosta</p> <p>*Palautteenanto ja sosiaalinen tuki auttavat ylläpidossa.</p> <p>--Elämäntapojen muutoksista neuvovien sairaanhoitajien on saatava toistuvaa koulutusta motivoivasta haastattelusta.</p> <p>*Luottamussuhde ammattilaisen kanssa vaikuttaa siihen, miten potilas keskustelee herkemmistä aiheista elintapojen suhteen.</p> | -Käyttäytymismuutosten ylläpitäminen parani -Elintapojen ylläpitäminen parani -Palautteenanto ja sosiaalinen tuki tärkeää -Ohjauksen osallistaminen heikkoa -Luottamus lisää avoimuutta | TERVEYDEN YLLÄPITÄMINEN PSYKKINEN TUKI KOULUTUKSEN PUUTE | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|
| Etäoh- jaus/Digioh- jaus | Ravitsemus (3) Liikunta (3) Uni (-) Mielenterveys (1) Alkoholi (2) Tupakka (3) | *Lisäsi fyysistä aktiivisuutta *Paino laski --Kaksi siirtymäkohtaa, jossa potilasohjausta tulisi antaa enemmän; kotiutuesssa ja noin 6kk kotiutumisesta. Ohjauksen tulisi painottua etenkin elämän nauttimisen ja hyvinvoinnin lisäämiseen | -Fyysinen aktiivisuus parani | FYYSISIIEN OMINAISUUKSIEN MERKITYS | | |
| Interventiot | Ravitsemus (3) Liikunta (3) Uni (-) Mielenterveys (-) Alkoholi (1) Tupakka (1) | *vähensi postoperatiivisia komplikaatioita *lisäsi onnistuneesti alkoholin lopettavien lukumäärää *vähensi postoperatiivista alkoholinkulutusta hoidon jälkeen *Lisäsi fyysistä aktiivisuutta *Paino laski | -leikkauskomplikaatiot vähenivät -elintavat parani | TERVEYDEN EDISTÄMINEN | | |
| Kirjallinen ohje/materiaali | Ravitsemus (3) Liikunta (3) Uni (-) Mielenterveys (1) Alkoholi (2) Tupakka (2) | *myönteinen suhtautuminen ruokavalion ja elämäntapojen ohjeisiin hoidon aikana lievittääkseen oireita sekä vähentämään pelkoja ja huolenaiheita tarkoituksenmukaisesta ravitsemuksen saannista. *Kirjalliset ohjeet annettu väärässä kohtaa hoitopolkua, jolloin ei olla vastaanottavaisia | -Lisäsi myönteistä suhtautumista ohjeisiin -Pelot ja huolenaiheet väheni | PSYYKKINEN TUKI | | |

Liite 5. Valitut tutkimukset

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 ”kyllä” | TEKIJÄT | Tavoite | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|---|---|---|---------------------------------------|------------------------|--|---|
| 1. Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications (Review) 2018, Cochrane Terveydenhuolto Systematic Review checklist; include 11 / 11 | Egholm JWM, Peder- sen B, Møller AM, Adami J, Juhl CB. & Tønnesen, H. | Arvioida perioperatiivisten alkoholin lopettamisinterventtioiden vaikutuksia leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden määrään ja alkoholin kulutukseen | Motivaatio | Alkoholi | Interventio +seuranta | Intensiivinen alkoholin lopettamiseen tarkoitettu interventio, joka annettiin neljästä kahdeksaan viikkoon, vähensi postoperatiivisia komplikaatioita ja lisäsi onnistuneesti lopettavien lukumäärää ja vähensi postoperatiivista alkoholinkulutusta hoidon jälkeen. |
| 2. Physical Activity, Pregnancy and Mental Well-Being: Focusing on Women at Risk for Gestational Diabetes 2018, Medic Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 10 / 10 | Engberg, E. | 1) koota systemaattisesti yhteen tutkimusnäyttöä merkittävien elämäntapah- tumien, erityisesti raskauden, vaikutuk- sista liikunta-aktiivisuuteen, 2) verrata alkuraskauden masennusoireiden esiin- tyvyyttä raskausdiabeteksen riskiryh- mään kuuluvien naisten ja yleisesti ras- kaana olevien naisten välillä, 3) tutkia hengitys- ja verenkiertoelimistön kun- non ja liikunta-aktiivisuuden yhteyttä elämänlaatuun niiden raskausdiabetek- sen riskiryhmään kuuluvien naisten kes- kuudessa, jotka suunnittelevat raskaaksi tulemistä 4) selvittää raskausdiabetek- sen ehkäisyyn tähtäävän elintapaoh- jauksen vaikutuksia koettuun tervey- teen alkuraskaudesta siihen asti, kun synnytyksestä on kulunut vuosi. | Voimavarat, Ympäristö, Käyttäytyminen | Ravitsemus ja Liikunta | Yksilöohjaus x6 Ryhmäohjaus x3 Elämäntaparyhmä ja kontrolliryhmä | Itsearvioitu terveys näytti paranevan elämäntapaohjausryhmässä ja hei- kentyneen kontrolliryhmässä. Elä- mäntapaan liittyviä neuvoja saaneet naiset paransivat tietämystään ter- veellisten ruokien valinnoista ja lii- kunnasta. Elämäntapahtumat vaikuttavat va- paa-ajan liikunta-aktiivisuuteen. Elä- mäntapahtumat voisivat olla otolli- nen aika liikunta-aktiivisuuden edis- tämiseksi. |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 ”kyllä” | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|---|---|--|---|------------------------------------|--|---|
| 3. Can life coaching improve health outcomes? – A systematic review of intervention studies PubMed, 2013 Terveydenhuolto Systematic review checklist; include 11 / 11 | Ammentorp, J., Uhrenfeldt, L., Angel, F., Ehrensverd, M., Carlsen, EB. & Kofoed, P-E. | Arvioida terveyteen liittyviä tuloksia elämäntapavalmennuksen toteuttamisen jälkeen, mitä on annettu puhelinohjauksella, yksilöohjauksella kasvotusten tai ryhmäohjauksella. | Luottamus-suhde, Voimavarat, Keskustelu, Kommunikaatio | Kaikki elintapaosa-alueet | Puhelinohjaus Yksilöohjaus Ryhmäohjaus +näiden yhdistelmiä | Etenkin ryhmäohjaus näytti tuottavan tuloksia. Myös ohjausmenetelmien yhdistäminen näytti toimivan osalle potilaista. Vielä tarvitaan lisätutkimusta sekä tarkempaa laadullista tutkimusta siitä, että mitä terveysvaikutuksia erilaisilla ohjauksilla saadaan. |
| 4. Internet Interventions to Support Lifestyle Modification for Diabetes Management, A Systematic Review of the Evidence PubMed, 2015 Terveydenhuolto Systematic review checklist; include 8 / 11 | Cottrez, A., Durant, N., Agne, A., & Cherrington, A. | 1)Tunnistaa tutkimukset, joissa käytettiin Internet-pohjaisia interventioita edistämään diabetekseen liittyvää ohjausta ja elämäntavan muuttamista tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten keskuudessa. 2)Arvioida, missä määrin interventiot ovat räätälöineet interventioitaan ”erilaisille” ja / tai vähävaraisille yhteisöille | Vertaistuki, käyttäytymisteoriat (Sosiaalis-kognitiivinen- ja sosiaalisen tuenteoria ja transteoreettinen- ja terveysuskomusmalli) Riskien vähentäminen = ongelmien ratkaisu | Ravitseminen, Liikunta, tupakointi | Internet interventio (sovellukset + seuranta + henkilökohtainen palaute + keskustelumahdollisuus) | Tutkimuksen Internet-interventio ja tulostuspohjaiset interventiot olivat molemmat tehokkaita lisäämään fyysistä aktiivisuutta. Ruokavalion parani kaikissa ryhmissä. Paino laski intervention myötä huomattavasti. Verenpaineen ja lipiditasojen muutoksia ei mainittu merkittävästi. |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 ”kyllä” | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|--|--|---|--|----------------------|---|--|
| 5. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses PubMed, 2017 Terveydenhuolto Systematic review checklist; include 10 / 11 | Samdal, GB., Eide, GE., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. | 1) Yhdistää todisteet interventioista liittyen käyttäytymiseen, joilla pyritään parantamaan fyysistä aktiivisuutta ja terveellistä ruokavaliota ylipainoisten ja liikalihavien aikuisten välillä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. 2) Tutkia, missä määrin interventioiden tehokkuus vaihtelee tutkimusten välillä | Motivaatio, käyttäytyminen ja -teoriat | Ravitsemus, Liikunta | Mittaukset; yksilöohjaus / interventio Motivoiva haastattelu | Ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden käyttäytymismuutokset ovat vaatimattoman tehokkaita sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Heterogeenisuus on korkea lyhyellä aikavälillä. Käyttäytymisen omavalvonnalla, tavoitteiden asettamisella ja positiivisella motivaatiolla ylläpidetään elintapa- ja käyttäytymismuutosta. Palautteenanto ja sosiaalinen tuki auttavat ylläpidossa. Jos ei ole motivaatiota tai käyttäytyminen estää muutosta, muutos on vaikeaa ja / tai mahdotonta. |
| 6. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis PubMed, 2014 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 8 / 10 | Mendes Miguel, JA., Palomares, NB. & Feu, D. | Osoittaa ortognaattisten potilaiden elämänlaadun arvioinnin tärkeyttä ja merkitystä kyselylomakkeiden avulla ennen hoitoa. | Luottamussuhde, voimavarat, läheisten tuki | Mielenterveys | Puhelinohjaus (elämänlaatukysely) Yksilöohjaus | Kirjallisuudesta vain vähän vertailukelpoista tietoa. Kipu helpottui, puhuminen helpompaa, syöminen helpompaa. Potilaat ovat leikkauksen jälkeen tyytyväisiä esteettisiin, toiminnallisiin ja psykososiaalisiin teki- jöihin. Potilaiden motivaatiolla, käsityksillä ja odotuksilla on merkittävä rooli onnistuneiden kirurgisten ja psykologisten tulosten saavuttamisessa. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat potilaiden elämänlaatu. Perheen tuella oli tärkeä merkitys potilaiden toipumiselle. Negatiivisten tunteiden käsittely tarpeellista hoidon aikana. |

| TUTKIMUS + Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 "kyllä" | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | Tulokset |
|---|--|--|---|---|--|--|
| 6. Life-quality of orthognathic surgery patients: The search for an integral diagnosis PubMed, 2014 Terveysthuolto Qualitative research checklist; include 8 / 10 | Mendes Miguel, JA., Palomares, NB. & Feu, D. | Osoittaa ortognaattisten potilaiden elämänlaadun arvioinnin tärkeyttä ja merkitystä kyselylomakkeiden avulla ennen hoitoa. | Luottamussuhde, voimavarat, läheisten tuki | Mielenterveys | Puhelinohjaus (elämänlaatukysely) Yksilöohjaus | Kirjallisuudesta vain vähän vertailukelpoista tietoa. Kipu helpottui, puhuminen helpompaa, syöminen helpompaa. Potilaat ovat leikkauksen jälkeen tyytyväisiä esteettisiin, toiminnallisiin ja psykososiaalisiin tekiöihin. Potilaiden motivaatiolla, käsityksillä ja odotuksilla on merkittävä rooli onnistuneiden kirurgisten ja psykologisten tulosten saavuttamisessa. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat potilaiden elämänlaatu. Perheen tuella oli tärkeä merkitys potilaiden toipumiselle. Negatiivisten tunteiden käsittely tarpeellista hoidon aikana. |
| 7. Lifestyle issues for colorectal cancer survivors—perceived needs, beliefs and opportunities Cinahl, 2013 Terveysthuolto Quality research checklist; include 8 / 10 | Anderson, A., Steele, R & Coyle, J. | Tutkia potilaiden tarpeita saada neuvontaa / ohjausta ruokavalion, aktiivisuudesta ja uskokeuksista. Tutkia elintapojen merkitystä suolistosyövän sairauden uusiutumisen vähentämisessä. | Terveyskäyttäytyminen, läheisten tuki, luottamussuhde, motivaatio | Ravitsemus Liikunta alkoholi Tupakka | ryhmäohjaus (kyse-lylomake ennen ryhmätapaamista; taustat, paino, pituus, terveyskäyttäytyminen) etäohjaus puhelinohjaus kirjallinen ohje | Potilasohjausta tulisi antaa enemmän kotiutuksessa ja noin 6kk kotiutumisesta. Ohjauksen tulisi painottua elämän nauttimisen ja hyvinvoinnin lisäämiseen eikä vain sairauksien ehkäisyyn. Kolorektaalisyövästä selviytyvät suhtautuvat myönteisesti ruokavalion ja elämäntapojen ohjeisiin hoidon aikana lievittääkseen oireita sekä vähentämään pelkoja ja huolenaiheita tarkoituksenmukaisesta ravitsemuksen saannista. |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 "kyllä" | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|--|--|--|--|-----------------------------------|----------------------------|---|
| <p>8. Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education?</p> <p>Cinahl, 2015 Terveysthuolto Quality research checklist; include 10 / 10</p> | <p>Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C.</p> | <p>Selvittää, onko terveydenhuollon ammattilaisten antamien elämäntapaohjeiden ja väestön elämäntavan muutoksen välillä yhteyttä, keskittyen ikään, sukupuoliin ja koulutustasoon.</p> | <p>luottamussuhde, keskustelu / kommunikatio, motivaatio</p> | <p>Kaikki elintapa-osa-alueet</p> | <p>yksilöohjaus</p> | <p>Tutkimus osoittaa, että terveydenhuollon ammattilaisten antamat elämäntapaohjeet sekä ensiapu- että avohoitokäyntien aikana ovat tärkeitä tekijä potilaiden elämäntapojen muuttamisessa.</p> <p>Erityisesti miehet, korkeaikäiset ja heikosti koulutetut potilaat totesivat toteuttaneensa elämäntavan muutokset. Miesten kanssa otettiin enemmän puheeksi kuin naisten. Naisilla elintavat paremmin hallussa. Mitä enemmän potilaalla ja lääkärillä yhteistyö sujuu, sitä parempi on heidän kommunikaationsa. Terveysthuollon ammattilaisten on saatava enemmän tietoa siitä, miten heidän elämäntapaohjeensa vaikuttaa heidän potilaansa elämäntapojen muutoksiin, ja siitä, kuinka tärkeää on keskustella elämäntavan muutoksesta kaikkien potilaiden kanssa iästä, sukupuolesta tai koulutustasosta riippumatta.</p> |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 "kyllä" | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|--|--|---|---|------------------------|--|---|
| 9. Determinants of weight outcomes in type 2 diabetes prevention intervention in primary health care setting (the DE-PLAN project). Cinahl, 2018 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 10 / 10 | Gilis-Januszewska, A., Piwońska-Solska, B., Lindström, J., Wójtowicz, E., Tuomilehto, J., Schwarz, E.H., Kissimova-Skarbek, K., Szybiński, Z. Windak, A., & Hubalewska-Dydejczyk, A. | Selvittää onnistuneita painonpudotuksen tekijöitä korkean DM2-riskin osallistujien keskuudessa elämäntavan interventiossa perusterveydenhuollon ympäristössä. | Motivaatio, keskustelu | Ravitsemus Liikunta | Kyselylomake ennen Ryhmäohjausta+kirjallinen materiaali ja mitaukset (BMI, RR, vyötärön ympärysmitta), interventio, motivoiva haastattelu, puhelinohjaus | Elämäntapatekijöiden joukossa ruokavalion kokonaisrasvan väheneminen oli vahva, riippumatta siitä kuinka paljon paino oli laskenut. Painonlasku on tärkeä tekijä dm2 ehkäisyssä. Lähtötilanteessa korkeampi BMI ja glukoositaso sekä alhainen koulutus oli onnistuneelle painonpudotukselle ominaista. Fyysisen aktiivisuuden lisääntymisestä, rasvan kokonaiskulutuksen vähenemisestä ja elämäntavoitteiden paremmasta noudattamisesta ilmoitettiin useammin niillä, jotka onnistuivat laihduttamaan, verrattuna niihin, jotka eivät. |
| 10. The healthy eating and lifestyle in pregnancy (HELP) feasibility study Cinahl, 2014 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 9 / 10 | Jewell, K., Avery, A., Barber, J. & Simpson, S. | Selvittää ryhmäpohjaisen painonhallinnan toteutettavuutta lihaville raskaana oleville naisille. | motivaatio, käyttäytymisteoria, läheisten tuki / sosiaalinen tuki | Ravitsemus | Ryhmäohjaus (alkukartoitus, mitaukset, tavoitteet, tietoa, elämäntapaneuvoja), Motivoiva puhelinohjaus | Terveellinen ruokavalio ja elämäntapa raskauden aikana osoittautui hyväksyttäväksi interventioksi, joka antoi naisille kyvyn hallita painon nousua raskauden aikana sekä ylläpitää terveellistä elämäntapaa synnytyksen jälkeen. |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 "kyllä" | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|---|---|---|--------------------------------|----------------------------|---|---|
| <p>11. An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behaviour following stroke: findings from a focus group study of patients and family members</p> <p>Cinahl, 2010 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 9 / 10</p> | Lawrence, M., Kerr, S., Watson, H., Paton, G. & Ellis, G. | Selvittää potilaiden ja perheenjäsenten uskomuksia ja käsityksiä elämäntapaa koskevan tiedon tarjoamisesta aivohalvauksen jälkeen. Tutkimme myös uskomusten ja asenteiden vaikutusta käyttäytymiseen. | Läheisten tuki, käyttäytyminen | Kaikki elintapa-osa-alueet | Ryhmäohjaus (aivohalvauksen saaneille 3 ryhmää ja perheille 3 ryhmää) kirjalliset ohjeet | <p>Suurin osa oli saanut kirjallista tietoa, mutta väärässä kohtaa hoitopolkua, jolloin potilaat eivät olleet vastaanottavia. Perheenjäsenet olivat mukana harvoin, vaikka potilaalla oli afasia. Osallistujat kertoivat, että terveellisten elämäntapojen käyttäytymistä koskevat tiedot ja neuvot olivat usein hämmentäviä ja ristiriitaisia, ja tällä oli vaikutusta heidän käyttäytymiseensä.</p> <p>Läheisten tuki tärkeää. Tämä tukee potilaita ja heidän perheitään jatkuvissa positiivisissa muutoksissa tiettyihin elämäntapojen käyttäytymisiin. Tiedonannon ajoitus, konteksti ja sosiaalinen ympäristö ovat merkittäviä vaikuttavia tekijöitä, samoin kuin tietolähteiden uskottavuus elintapohjauksessa.</p> |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 ”kyllä” | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|---|---|---|--|--|--|---|
| 12. Patients’ experience of a nurse-led lifestyle clinic at a Swedish health centre Cinahl, 2016 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 10 / 10 | Nymberg, P. & Drevenhorn, E. | Selvittää sairaanhoitajan johtamassa elämäntapaklinikassa käyneiden potilaiden kokemuksia. | Luottamussuhde, kommunikaatio, voimavarat | Liikunta, tupakka, alkoholi, ravitsemus, mielenterveys | Ryhmähaastattelu, Motivoiva haastattelu; Kyselylomake + mittaukset (BMI, RR, Verensokeri, Vyötärön ympärys, tupakoijille hengitystesti) | Elämäntapaklinikat, jota vahvistaa hyvät käytännöt, voivat antaa potilaille mahdollisuuden muuttaa elämäntapaansa. Potilaita elämäntapojen muutoksista neuvovien sairaanhoitajien on saatava toistuvaa koulutusta motivoivasta haastattelusta. On myös tärkeää käydä seurantakäynteillä elintapamuutoksen aikana potilaiden tukemiseksi. Tapa, jolla potilaiden terveystalkut eteni, riippui suuresti potilaan aikaisemmista kokemuksista. Luottamussuhde ammattilaisen kanssa vaikuttaa potilaan avoimuudesta keskustella vaikeista asioista elintapojen suhteen. |
| 13. The effects of Risk Factor-Targeted Lifestyle Counselling Intervention on working-age stroke patients’ adherence to lifestyle change Cinahl, 2017 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 10 / 10, systematic review checklist; include 11 / 11 | Oikarinen, A., Engblom, J., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. | 1) Tutkia riskitekijäkohtaisen elämäntapaohjauksen vaikutuksia työikäisten aivohalvauksetta sairastavien potilaiden suhtautumiseen elämäntavan muutoksiin. 2) Arvioida neuvonnan vaikutusta elämäntavan muutoksen noudattamiseen | Luottamussuhde, läheisten tuki, käyttäytyminen, motivaatio | Tupakka, alkoholi, ravitsemus, liikunta, stressin hallinta | Ryhmäohjaus; Kyselylomake + mittaukset; Digiohjaus; mobiilisovellus seurantaan (3+6+12kk) Kirjallinen materiaali | Ennaltaehkäisevästi annettu neuvonta oli riittävän tehokasta antamaan paljon hyötyä. Elintavoilla aiheuttamien riskien tietoisuus lisääntyi. Neuvonnan aloittaminen akuutissa sairaalavaiheessa ja tapahtuman kytkeminen suoraan elämäntapaan liittyviin riskitekijöihin voi lisätä käyttäytymisen muutoksen todennäköisyyttä. Perheen ja ystävien tuki tärkeää ylläpitämään terveellisiä elintapoja. |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 "kyllä" | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|--|---|---|---|--|---|---|
| 14. Barriers and Facilitators Related to Heart-healthy Lifestyle Among Persons with Acute Coronary Syndrome Cinahl, 2017 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 9 / 10 | Rahman, F. Fongkaew, W., Pinyokham, N. & Ta- chaudomdach, C. | Selvittää sydämen terveellisten elämäntapojen esteitä ja edistäviä tekijöitä akuuttia sepelvaltimo-oireyhtymästä kärsivien henkilöiden keskuudessa Bangladeshissa | motivaatio, läheisten tuki, voimavarat, ympäristö | tupakointi, alkoholi, liikunta, ravitsemus | Ryhmäohjaus , haastattelut (perhe mukana) | Riittävä motivaatio, riittävä tuki ja riittävät sosioekonomiset olosuhteet näyttivät olevan motiivina harjoittaa sydämen terveellistä elämäntapaa Bangladeshin tilanteessa |
| 15. Patients' experience of a telephone booster intervention to support weight management in Type 2 diabetes and its acceptability Cinahl, 2010 Terveydenhuolto Qualitative research checklist; include 7 / 10 | Wu, L., Forbes, A. & While, A. | Tutkia potilaiden kokemuksia puhelinohjauksen vaikuttavuudesta | motivaatio, kommunikaatio, luottamussuhde, käyttäytymisteoria | ravitsemus | Puhelinohjaus + seuranta 12vkoa | Potilaat olivat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä puheluihin ja useimmat suosittelivat ohjausmenetelmää muille vastaavassa tilanteessa oleville. Puhelinseurannan sisältö vastasi tuen tarvetta. Puhelinohjauksen hyödyt: muistutusta heidän hoito-ohjeistansa; neuvoa ja motivoida noudattamaan diabeteksen omahoitokäyttäytymistä; parantunut itsetunto; ja tuntea "kiinnostuksen arvoisena". Puhelintuen mukavuudella ja alhaisilla kustannuksilla on paljon potentiaalia kroonisten sairauksien hoidossa. |

| TUTKIMUS+ Hakukone, vuosi, toteutusympäristö, JBI luotettavuus väh. 7 "kyllä" | TEKIJÄT | TAVOITE | Teema | Sisältö | Toteutustapa | TULOKSET |
|---|---------------|--|---|--|--|---|
| <p>16. Effects of risk factor targeted lifestyle counselling intervention on quality of life-style counselling and on adherence to lifestyle change in stroke patients</p> <p>Medic, 2016 Terveysthuolto Qualitative research checklist; include 10 / 10</p> | Oikarinen, A. | <p>1) Selittää aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (AVH) riskitekijöihin kohdistuvan elintapaohjausintervention vaikutuksia elintapaohjauksen laatuun ja elintapamuutokseen sitoutumiseen</p> <p>2) Kuvata ja selittää AVH-potilaiden elintapoja (n = 150) sairaalaan tulovaiheessa</p> <p>3) Elintapaintervention vaikutuksia työikäisten AVH-potilaiden elintapamuutokseen sitoutumiseen</p> <p>4) Selittää ohjauksen laadun ja elintapamuutokseen sitoutumisen välistä yhteyttä 12 kuukauden seurannan aikana</p> | keskustelu / kommunikaatio, luottamusuhde, motivaatio, käyttäytymisteoria | Liikunta, ravitsemus, tupakka, alkoholi, mielenterveys (stressi) | Yksilöohjaus , -neuvonta (mittaukset; BMI, vyötärön ympärys, RR, verinäytteet) | <p>Annettiin tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Ohjaus oli tavoitteellista, hyödynnettiin ohjausmenetelmiä, vuorovaikutus ohjausmenetelmänä, sairaanhoitaja ohjaajana, emotionaalinen tukea annettiin ja annettiin päätöksentekoa apua. Koeryhmän potilaiden paino laski kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Savukkeiden määrä väheni kolmen kuukauden kuluttua kotiutumisesta ja tupakoinnin lopettaminen lisääntyi kuuden kuukauden kuluttua. Koeryhmän potilaat saivat eniten tukea hoitajilta, perheeltä ja ystäviltä. Ohjauksen laatu arvioitiin hyväksi ja potilaskeskeiseksi. Vuorovaikutus, resurssit ja ohjauksen vaikutukset olivat selkeimmin yhteydessä elintapamuutokseen sitoutumiseen.</p> <p>Elintapainterventiolla oli vaikutusta elintapaohjauksen laatuun sekä elintapamuutokseen sitoutumiseen lyhyellä aikavälillä. Korkeaa toistumista-soa voitaisiin vähentää laadukkaalla hoidolla, mukaan lukien elämäntapaohjeet sairaalavaiheessa.</p> |